

Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en un caso de inflexibilidad psicológica durante el embarazo

Acceptance and commitment therapy (ACT) in a case of psychological inflexibility during pregnancy

Sergio Revenga Montejano, José Fernando Calvo Mauri, María Isabel Bueno Soriano y Laura
González Bixquert

Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina, España

Resumen: El artículo presenta un estudio de caso de inflexibilidad psicológica en una mujer embarazada que es tratada siguiendo el enfoque de la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Revisamos brevemente ACT y algunas de las dificultades psicológicas más comunes que surgen durante el embarazo. Más tarde describimos el caso y su biografía, análisis funcional y tratamiento. Los resultados muestran reducción en los niveles de ansiedad y evitación experiencial, así como mejorías en las acciones comprometidas. Finalmente se discuten los resultados del tratamiento, las contribuciones y las limitaciones.

Palabras clave: terapia de aceptación y compromiso, inflexibilidad psicológica, evitación experiencial, embarazo, estrés, ansiedad.

Abstract: A case of psychological inflexibility in a pregnant woman treated following the acceptance and commitment therapy (ACT) model is reported. The ACT and the most common psychological problems that may occur during pregnancy are first reviewed. Patient data and history are then reported. The functional analysis of the case is subsequently described, followed by the treatment ordered by sessions. The results found include improvements in measurements of anxiety and experiential avoidance and in her committed actions. The results of the case and the study contributions and limitations are finally discussed.

Keywords: acceptance and commitment therapy, psychological inflexibility, experiential avoidance, pregnancy, stress, anxiety.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al primer autor al e-mail: srevengam@sescam.jccm.es



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) surge como un desarrollo del conductismo radical y es incluida dentro de las denominadas terapias de tercera ola o de tercera generación por Hayes (2004). Se fundamenta en los hallazgos encontrados por la teoría del marco relacional y parte con el propósito de ayudar a las personas a abandonar la lucha contra los eventos privados que solo consigue ser útil a corto plazo y que a largo plazo se convierte en destructiva dado que aleja a la persona de aquellas metas importantes en su vida (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014; Luciano y Wilson, 2012). En vez de luchar contra las emociones, los pensamientos, los recuerdos y las sensaciones aversivas se promueve su aceptación de tal forma que uno esté dispuesto a sentir todo aquello que venga en cada momento (Hayes, 2013).

Cuando las personas actúan con el objetivo de escapar del sufrimiento hablamos de evitación experiencial. Esta forma de evitación consiste en no estar dispuesto a permanecer en contacto con los eventos internos (Hayes et al., 2014). Si bien es un comportamiento normal en todas las personas, se convierte en limitante y destructiva cuando impide a la persona moverse hacia los aspectos valorados de su vida (Luciano Soriano, Gutiérrez Martínez y Rodríguez Valverde, 2005). Cuando ocurre esto hablamos del trastorno de evitación experiencial (TEE). Recientemente se está promoviendo un cambio de planteamiento del TEE al hablar del concepto de inflexibilidad psicológica. De esta manera se incluye no solo el escape de aquellos estímulos con funciones aversivas sino que también se reconoce la importancia de las funciones apetitivas planteándose un acercamiento más inclusivo (Luciano, 2016).

Dado que el objetivo de este artículo no es revisar de forma exhaustiva el planteamiento teórico de ACT remitimos a los lectores interesados en profundizar a los manuales de referencia de Hayes et al. (2014) y de Luciano y Wilson (2012). En cuanto a la evidencia encontrada por el momento en distintas poblaciones se puede concluir que existen datos sobre su potencial utilidad clínica. Sin embargo todavía son necesarios más estudios para alcanzar el grado de tratamiento bien establecido (Ost, 2014). Para obtener una información más detallada se puede consultar dicha revisión además del trabajo de Powers, Zum Vörde Sive Vörding y Emelkamp (2009).

En lo referente al embarazo, se puede decir que es un evento vital que va más allá de los cambios fisiológicos dado que provoca al mismo tiempo cambios en la esfera psicológica y social (Bjelica, Cetkovic, Trninic-Pjevic y Mladenovic-Segedi, 2018). Habitualmente en este período el cambio corporal se acompaña de estados de ambivalencia, cambios de humor, fatiga, preocupaciones acerca del desarrollo del embarazo, reacciones depresivas y la percepción de un nuevo rol materno que se adquiere (Bjelica y Kapor-Stanulović, 2004). Estas experiencias entran dentro de la normalidad para cualquier mujer que pase por este proceso. Si no se cuenta con las habilidades de afrontamiento y regulación adecuadas, estos cambios pueden terminar implicando una gran carga de sufrimiento que va más allá de lo esperable ante tal evento.

Dada la extensión del tema y la necesidad de limitarlo nos centraremos en la figura de la mujer embarazada pese a que entendemos que es un proceso que también afecta a la dinámica de pareja y familiar. Uno de los fenómenos más documentados y que recibe más atención es la depresión postparto. Su prevalencia alcanza el 13% y como factores de riesgo se encuentran la presencia de psicopatología y malestar psicológico durante el embarazo, las relaciones pobres de pareja, el poco apoyo social y los eventos vitales estresantes (O'hara y Swain, 2009). Sin embargo, algunos estudios encuentran que tanto la ansiedad como la depresión son más frecuentes durante el embarazo (Andersson, Sundström-Poromaa, Wulff, Aström y Bixo, 2006). Entre el 15 y el 25% experimentan ansiedad elevada o depresión en esta etapa (Alderdice, McNeil y Lynn, 2013). Como factores de riesgo durante el embarazo se encuentra el ser un embarazo no deseado que aumenta en seis veces el riesgo de depresión durante el primer trimestre, decreciendo este a medida que se avanza en el tiempo coincidiendo probablemente con una mayor aceptación (Lee et al., 2007). También se ha relacionado un mayor malestar psicológico asociado a la edad de embarazo siendo las mujeres más jóvenes las que sufren mayores niveles de depresión (Bjelica et al., 2018).

Algunas situaciones ligadas al embarazo pueden volverse particularmente estresantes. El caso del embarazo de alto riesgo es una situación complicada dado que implica múltiples restricciones en los hábitos, en ocasiones la hospitalización y a menudo temores por el bienestar del bebé. Los datos muestran que el 26,9% de las embarazadas de alto riesgo muestran síntomas depresivos y el 12,6% de ansiedad (Byatt et al., 2014). Otro momento especialmente complicado es de las pruebas genéticas de screening dado que pueden activar miedos

en relación a la pérdida del bebé o a posibles enfermedades de este además del planteamiento de decisiones difíciles sobre la continuación o no del embarazo.

Los datos indican que el estrés materno no solo afecta a la madre si no que está relacionado con problemáticas del niño y efectos en su fisiología y en su comportamiento como menor peso al nacer, mayor riesgo de malformaciones congénitas, temperamentos más difíciles, problemas emocionales o dificultades para dormir entre otros (Alderdice et al., 2013; Glover, 2014; Kinsella y Monk, 2009). El estrés maternal puede incrementar las probabilidades de parto prematuro (Lilliecreutz, Larén, Sydsjö y Josefsson, 2016). Kinsella y Monk sugieren que se debería vigilar más la salud emocional de la madre durante el embarazo, tanto por ella misma como por los posibles efectos en el niño (2009).

La atención a la salud mental de la mujer embarazada requiere un especial cuidado tanto por la propia mujer como por el futuro bebé. Aún no parece haber una evidencia clara sobre si los psicofármacos pueden tener efectos perjudiciales en los bebés cuando se administran durante el embarazo (American Congress of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2008). Dada esta situación, potenciar las intervenciones psicológicas en esta etapa puede ser un camino a seguir.

En lo que se refiere a las aplicaciones psicoterapéuticas en mujeres embarazadas con ansiedad o depresión encontramos estudios sobre psicoterapia interpersonal, psicoeducación o mindfulness pero los estudios son aun pocos y se necesita más evidencia (Alderdice et al., 2013). En cuanto a la aplicación de ACT en mujeres embarazadas hay un estudio de caso donde se aplica esta intervención con éxito en relación a un cuadro de agorafobia (Cullinan y Gaynor, 2014).

Como se puede observar en los datos presentados hasta el momento el embarazo es un evento vital que trae numerosos cambios a nivel psicológico. Además, la adquisición del nuevo estatus de embarazada añade a estos otros externos como el tener que dejar de trabajar durante la baja, o los cambios corporales que a menudo dificultan la movilidad cotidiana. En todo este proceso se generan multitud de nuevos eventos internos que deben ser afrontados. El contenido de dichos eventos dependerá de la historia personal. De esta forma para algunas mujeres el enfrentarse al nuevo rol como madre primeriza y las dudas que conlleva se vuelve crucial. En cambio, para otras tolerar las emociones concomitantes al proceso normal del embarazo puede ser lo más relevante. Si la persona es capaz de aceptar dichas partes de su experiencia y continuar cuidando de sus áreas importantes estará respondiendo de una forma flexible. Sin embargo, si se enreda en la lucha contra estos eventos internos puede desarrollar un patrón inflexible que le haga alejarse de aquellas. Es en estos últimos casos donde la intervención psicológica basada en ACT se considera un abordaje adecuado. Dado que la literatura en el ámbito de la aplicación de la psicoterapia en mujeres embarazadas, especialmente de terapias contextuales como la ACT, es escasa, se propone este artículo de caso con el objetivo de hacer una descripción detallada del proceso terapéutico y aportar datos sobre la potencial utilidad de ACT en dicha población.

Método

Presentación del caso

Se han alterado tanto el nombre como los datos personales con el fin de impedir la identificación de la persona. AM es una mujer de 36 años que está embarazada y vive con su pareja. Empiezan a salir hace ocho años. Viven juntos desde hace dos. Sin embargo, AM piensa que pasan poco tiempo juntos puesto que él trabaja mucho y a veces tiene que pasar noches fuera de casa. De su relación cuenta que es muy positiva, que él la entiende y se siente cuidada. Hace unos meses deciden que es un buen momento para tener un hijo.

En el área familiar AM cuenta que su padre fallece hace siete años de cáncer. De su madre cuenta que tiene muy buena relación y que a veces se siente un poco dependiente puesto que recurre a ella muy a menudo si tiene algún problema. Tiene solo un hermano y se lleva bien con él, se ven con frecuencia. Él está casado y tienen una hija de siete años. Tanto con su sobrina como con su cuñada mantiene una buena relación. Actual-

mente su cuñada está embarazada. Lleva doce semanas más de embarazo que AM y está sufriendo algunas complicaciones.

De su vida personal AM dice que se considera una persona eficaz en lo laboral. Disfruta de su trabajo y tiene buena relación con sus compañeros. En el área interpersonal siente que tiene amistades valiosas. Se considera una persona tímida pero se siente satisfecha igualmente.

Motivo de consulta

AM acude a consultas externas de psicología debido a su ansiedad en relación a su embarazo. Cuando acude está embarazada de veinte semanas. Viene derivada desde atención primaria y toma lorazepam y sertralina pautados por su médico. Este le ha recomendado que vaya reduciendo el ansiolítico pero se ve incapaz de hacerlo. Dado que la sintomatología persiste y que no logra reducir la medicación ambos acuerdan la derivación a psicología. En la primera consulta se observan dificultades para manejarse con la ansiedad además de desesperanza por no conseguir resolver la situación.

Historia del problema

El inicio de los síntomas ocurre a las dos semanas de saber que está embarazada. Empieza a sentir mucha ansiedad con sensación de ahogo y taquicardias llegando a tener un ataque de pánico. Entonces consulta con su médico. La medicación dice que le ayuda a reducir su ansiedad, en especial para dormir, sin embargo, no termina de estar tranquila. Además, se siente triste por ver que no está ilusionada con el embarazo. Cada vez está más agobiada por ver que el nacimiento del bebé se aproxima y que no consigue sentirse bien al respecto. Su percepción es que la intensidad del problema fluctúa a lo largo de las semanas e incluso a lo largo de un mismo día. No logra identificar a qué se deben estas variaciones.

A nivel de antecedentes previos recuerda que con doce años tuvo un ataque de ansiedad sin recordar muy bien por qué. No requirió de ningún tipo de consulta psicológica o médica. Desde entonces no había tenido ninguno más hasta esta última etapa. Con el inicio del embarazo parece dispararse la problemática actual.

Análisis funcional

Tras las primeras sesiones de evaluación se realiza el análisis funcional. El objetivo de este es plantear una serie de hipótesis funcionales sobre los comportamientos del sujeto para en base a estas concluir un tratamiento.

El problema actual de AM parece iniciarse al poco tiempo de conocer que está embarazada. Ante esta situación empieza a tener pensamientos que siente que van dominando cada vez más espacio en su mente. Ejemplos de estos pensamientos son “no me veo capaz de ser madre”, “no quiero estar embarazada” o “y si me pasa como a mi cuñada”. AM describe algunas experiencias emocionales que acompañan a estas cogniciones. Siente ansiedad en forma de presión en el pecho y dificultades para respirar. Atendiendo a estas descripciones desde el análisis funcional se plantea que los pensamientos actúan como estímulos antecedentes que eliciten las respuestas emocionales de ansiedad.

La respuesta de ansiedad empieza a generalizarse a otros estímulos relacionados de tal forma que se condicionan estímulos como hablar del futuro bebé con su pareja, ir a visitar a su cuñada embarazada, ver tiendas con cosas de bebés y tener que cuidar de su sobrina. Dentro de estas situaciones una de las más temidas es el visitar a su cuñada dado que lo que más malestar cree que le generaría es tener que tocar la tripa de embarazada. Se puede observar que en mayor o menor medida todas estas situaciones tienen algún tipo de relación con el hecho de estar embarazada y de ser madre. Al explorar el tema con ella se comprueba que las dudas sobre su propia capacidad de ser madre son estímulos especialmente potentes y generan en ella intensas respuestas de ansiedad y malestar.

Ante este conjunto de situaciones, AM responde con conductas de evitación como no hablar del tema del bebé cuando lo trata de hacer su pareja, no ver tiendas de bebés o poner excusas para no quedarse con su sobrina y para no ir a ver a su cuñada. También trata de evitar los pensamientos que elicitán ansiedad intentando distraerse ocupando su mente con otros temas. Suele recurrir al trabajo como tema distractor dado que siente que su mente consigue escapar por algún tiempo. Cuando hace estos comportamientos dice sentirse aliviada porque desaparece la sensación de presión en el pecho y las dificultades para respirar, por tanto parecen reforzarse negativamente al conseguir reducir las sensaciones incómodas a corto plazo.

AM continúa con su rutina evitando las situaciones señaladas hasta que sufre un ataque de pánico. El ataque se da volviendo a casa. A priori no consigue relacionarlo con nada específico sin embargo sí recuerda estar pensando en el embarazo durante todo el día con la sensación de no lograr distraerse. El ataque lo describe como muy desagradable con las sensaciones de presión en el pecho y dificultad para respirar más intensas que en ocasiones anteriores. Además, describe como nota que el corazón se le acelera y empieza a pensar si la estará pasando algo grave. Al comentar este suceso con su pareja este le dice que vaya al médico por lo cual inicia el contacto con los servicios de salud.

A partir de este momento no vuelve a sufrir otro ataque de ansiedad, sin embargo aparece el temor a volver a sufrirlo. De este episodio se plantea que el ataque junto con el temor a que la pase algo grave actúan como estímulo incondicionado que hace que las propias respuestas de ansiedad se asocien con la respuesta de miedo. AM continúa llevando a cabo estrategias de evitación. En este caso en el trabajo pide que no le den clientes difíciles dado que la generan más ansiedad y teme volver a sufrir un ataque. En el pasado describe que también le producían cierta ansiedad este tipo de clientes pero que lo vivía como algo normal y sin embargo ahora siente un intenso malestar al anticipar tal emoción. De nuevo aparece una nueva situación generadora de ansiedad a lo que responde con nuevas conductas de evitación. Al pedir que no le den clientes difíciles se siente aliviada porque anticipa que de esta manera no sentirá ansiedad reforzándose su conducta de forma negativa.

Otra estrategia de evitación es el uso de la medicación. Aunque le gustaría dejarla sigue tomándola porque piensa que si la deja no podrá controlar su ansiedad. Esto le ocurre especialmente por la noche dado que piensa que si no la toma no podrá dormir y no rendirá bien en el trabajo al día siguiente. Por tanto, utiliza la medicación como una estrategia preventiva que se refuerza negativamente por la anticipación de la no aparición de la ansiedad.

La vida de AM se vuelve bastante limitada y siente que está perdiendo el control de esta. Se aleja de personas y áreas importantes para ella como son su pareja, su hermano, su cuñada, su sobrina y su trabajo. Con su pareja piensa que no puede hablar del embarazo y que esto les está distanciando. Le gustaría estar implicada en la planificación del próximo cambio que les viene a ambos. Con su hermano y la familia de este se siente mal dado que hace tiempo que no les ve. Aunque pone excusas cree que ellos se están dando cuenta de que no quiere verlos por alguna razón. Le resulta especialmente doloroso no quedarse con su sobrina como hacía antes pero refiere que cuando está con ella los pensamientos sobre el embarazo y las dudas de su capacidad de ser madre se disparan. En el trabajo siente que no rinde como antes, ya no se ocupa de los clientes difíciles y esto le hace sentirse peor. Se puede apreciar un patrón de evitación experiencial o inflexibilidad psicológica en la medida en que, ante la experiencia aversiva como la ansiedad o los pensamientos negativos sobre la propia ansiedad, ser madre o el embarazo, responde de manera rígida con conductas de diferente topografía como pedir clientes fáciles o no ir a ver a su cuñada, pero con una misma función, la reducción del malestar. Mantiene estos comportamientos a pesar del coste en las áreas vitales valoradas comentadas.

Por tanto, como hipótesis de mantenimiento del problema se plantea que AM utiliza la estrategia de evitación experiencial como una forma de regular su malestar debido al refuerzo negativo que obtiene. Este comportamiento se mantiene además por el seguimiento de reglas verbales. Estas reglas enmarcan el comportamiento de evitación como una solución adecuada para afrontar los eventos internos aversivos. En AM las reglas principales son “si sigues esforzándote en controlar tu ansiedad lo conseguirás” y “no puedo hacer mi vida si tengo ansiedad así que debo controlarla”. También es importante el papel reforzante de sentir coherencia ya que cree que está haciendo lo correcto, luchar contra aquello que la incomoda.

La hipótesis de origen del problema gira en torno al embarazo de su cuñada. Es un embarazo complicado y parece que al enterarse de su propio embarazo empieza a temer que el suyo también lo sea. Además, parecen

activarse ciertos pensamientos en relación a la responsabilidad de ser madre sintiéndose poco preparada para desempeñar este nuevo rol. El origen de estas ideas sobre la responsabilidad de ser madre es difícil de establecer y en las entrevistas de evaluación no se encuentran antecedentes claramente relacionados. Es posible plantear incluso un origen previo dado que relata un ataque de ansiedad con doce años. Sin embargo, AM no recuerda mucho de esta época y le resulta difícil hacer un relato elaborado de posibles causas. Se puede hipotetizar que ya existía una propensión a responder con ansiedad. En cualquier caso, desde el planteamiento de ACT las hipótesis más relevantes son las de mantenimiento dado que son las que van a orientar el tratamiento.

Procedimiento

Dada la importancia de las conductas de evitación experiencial y de las reglas verbales que mantienen el problema se decide trabajar desde la terapia de aceptación y compromiso. Se acuerda con AM el objetivo de aprender a responder de una manera diferente a las situaciones que actualmente la están haciendo sufrir para tratar de que su vida no se vea tan limitada y pueda afrontar el embarazo. Lo que se plantea es aprender a responder de manera más flexible ante los eventos internos aversivos y acercarse a aquellas áreas valoradas descuidadas actualmente.

Los objetivos específicos se acuerdan en las primeras sesiones, donde se dedican espacios a explorar sus áreas valoradas y su estado actual. En primer lugar decide fijarse como meta aceptar clientes difíciles como lo hacía antes teniendo en cuenta que el embarazo puede implicar algún período de baja o de ajuste de horario por motivos médicos. En segundo lugar se acuerda la creación de espacios para hablar y planificar el nacimiento del niño y los nuevos cambios que vienen con su pareja. También se plantean aproximaciones a su hermano y su cuñada como llamarles o visitarles. Con su sobrina lo que se acuerda es conseguir quedarse con ella cuando los padres lo necesiten. Otra meta que se propone es dejar la medicación acordando la reducción con su médico.

Dada la formulación de los objetivos se plantea el tratamiento basado en ACT puesto que la dificultad que subyace al no cumplimiento de éstos es la no aceptación de los eventos privados que aparecen cuando AM intenta acercarse a ellos.

Una vez acordado con la paciente el tratamiento se inicia estableciendo un seguimiento semanal con sesiones de 45 minutos. Se realizan ocho sesiones semanales y tres de seguimiento (la última por vía telefónica). Las sesiones de seguimiento se establecen de tal forma que la primera se celebra al mes de terminar las sesiones semanales coincidiendo con la semana 32 del embarazo, la segunda a las cuatro semanas del parto y la última por teléfono pasados seis meses desde la sesión anterior. Se le comunica a AM que en caso de que lo necesitase podría llamar a pedir cita de nuevo. Pasados seis meses más desde aquel momento no vuelve a llamar.

A continuación se recoge el proceso terapéutico en orden cronológico a cómo fue aplicado pasando por los distintos componentes de ACT.

La primera sesión se dedica a la evaluación del caso mediante la entrevista. También se aplican dos test con el objetivo de valorar su estado actual pero además con el fin de tener una línea base para valorar la eficacia del tratamiento. Por un lado se emplea el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) adaptado por Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos (2011). Por otro lado se aplica la versión española del cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) como medida de la inflexibilidad psicológica o evitación experiencial. El instrumento muestra buenos resultados en fiabilidad y validez (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013).

La segunda sesión se dirige a continuar la evaluación y aclarar los objetivos de la terapia. Es importante comentar que cuando llega a consulta, AM se plantea como objetivo poder vivir sin tomar la medicación y dejar de sentir ansiedad. Este último objetivo se reformula después de presentar el “ejemplo del dentista” (Luciano y Wilson, 2012). En esta metáfora se compara el ir a terapia con ir al dentista. Si el dentista sólo toca los dientes sanos no sufrirá pero tampoco arreglará nada. Sin embargo, si trata de tocar los dientes enfermos sufrirá pero servirá para curarse. De esta manera se empieza a relacionar el sufrimiento que pueda tener durante la terapia con la recuperación. Después de este ejemplo AM se plantea como objetivo afrontar el embarazo.

Una vez realizada la evaluación del caso, en la tercera sesión, se empieza a trabajar con la desesperanza creativa con el fin de debilitar las conductas de evitación. El objetivo es transmitir las funciones del fracaso en

el intento de control de los eventos internos aversivos a estas conductas. Para ello se emplean dos estrategias. Por un lado, mediante preguntas, se busca que la paciente sea consciente de su propio análisis funcional contactando las consecuencias a corto plazo y a largo plazo de la evitación. Por otro lado se utiliza la metáfora de “la persona en el hoyo” (Hayes et al., 2014). En esta metáfora el objetivo que se plantea es hacer más presentes las consecuencias a largo plazo de sus conductas de evitación. Para ello se comparan estas conductas con el empleo de una pala para escapar de un hoyo en el que uno ha caído de tal forma que el hoyo se va haciendo cada vez más profundo. Mediante instrucciones del terapeuta se pide a AM que contacte con las sensaciones, pensamientos, emociones y recuerdos que surgen al vivenciar la metáfora. De esta manera se empieza a trabajar también el yo observador como estrategia alternativa al escape.

En la cuarta sesión se trabaja la “metáfora del conductor del autobús y los pasajeros” (Luciano y Wilson, 2012). En esta metáfora los pasajeros representan aquellos eventos internos aversivos que AM trata de controlar. Mediante el ejercicio se intenta que conecte con los efectos de intentar echarlos de su vida y qué ha conseguido hasta ahora. También se utiliza la metáfora para empezar a trabajar con valores aludiendo a la dirección que quiere tomar como conductora del autobús de su vida. Es en esta sesión donde se perfilan los objetivos específicos antes mencionados.

Para finalizar la cuarta sesión se realiza un breve ejercicio de atención al momento presente focalizando su atención en la respiración. Se acuerda con AM que practique este ejercicio durante cinco minutos dos veces al día con el objetivo de establecer una continuidad entre las sesiones y trabajar su habilidad de centrarse en el momento presente tal y como sugieren Hayes et al. (2014).

La quinta sesión se dedica a la supervisión de los avances y a reforzar el trabajo con la metáfora del conductor del autobús y los pasajeros de la sesión anterior.

En la sexta sesión se hace un trabajo más extenso con valores. Se utiliza el formulario narrativo de valores (Hayes et al., 2014) como guía para encontrar aquellas áreas vitales que están siendo descuidadas debido a sus conductas de evitación. Esta herramienta permite ir valorando área por área los valores permitiendo la exploración de algunos que se pueden pasar por alto si no se dirige la atención de forma más específica. En esta sesión se formulan nuevos objetivos específicos en base a las acciones comprometidas que AM extrae del descuido de sus áreas valoradas. En este caso se concretan como acciones el quedarse con su sobrina el fin de semana, ir al hospital a ver a su cuñada y hablar con su pareja del diseño de la habitación del niño.

Tanto la séptima como la octava sesión se dedican a la supervisión de las tareas de aproximación a áreas que valora que se propone AM. También se refuerza el trabajo de los ejercicios experienciales y metáforas ya comentadas en sesiones anteriores. Durante la octava sesión se acuerda iniciar las sesiones de seguimiento.

Las sesiones de seguimiento se utilizan para evaluar el progreso y el mantenimiento de los resultados. Durante la primera sesión de seguimiento se trabaja también la normalización de sus sensaciones utilizando la diferencia entre el dolor limpio y el dolor sucio propuesta por Hayes et al. (2014). En la segunda se vuelven a administrar los cuestionarios STAI y AAQ-II para valorar la eficacia del tratamiento. El último contacto se mantiene por vía telefónica acordándose el alta y la posibilidad de llamar si considerase que necesitaba ayuda.

Resultados

Los resultados obtenidos en las puntuaciones de los cuestionarios STAI y AAQ-II se muestran en la tabla 1. El cuestionario STAI se escoge dado que a nivel de sintomatología lo predominante es la ansiedad. Además, permite diferenciar entre ansiedad estado y ansiedad rasgo. Los cambios que se registran en ambas dimensiones reflejan una reducción tanto en la predisposición a responder con ansiedad como en la ansiedad más aguda y fluctuante siendo especialmente relevante el cambio en esta última.

Los datos obtenidos por el cuestionario AAQ-II reflejan también una mejoría. En la medida previa a la aplicación del tratamiento la puntuación de AM se encuentra por encima de la media obtenida de la población clínica española siendo ésta de 32.64 con una desviación típica de 9.12 (Ruiz et al., 2013). En la medida posterior su puntuación directa se encuentra por debajo de dicha población. Son especialmente relevantes los cambios obtenidos en el ítem 5 “Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida” donde pasa de una

puntuación de 7 a una puntuación de 2. Este ítem es especialmente relevante dado que el principal malestar de AM venía en relación a la esfera emocional.

Tabla 1. Puntuaciones obtenidas

| Pruebas empleadas | Evaluación Pretratamiento | Evaluación Postratamiento |
|---------------------|---------------------------|---------------------------|
| STAI Estado | | |
| -Puntuación directa | 36 | 12 |
| -Percentil | 90 | 35 |
| STAI Rasgo | | |
| -Puntuación directa | 32 | 24 |
| -Percentil | 80 | 55 |
| AAQ-II | | |
| -Puntuación directa | 38 | 20 |

Para analizar los resultados desde una perspectiva consistente con el planteamiento ACT se desarrollan a continuación las áreas valoradas por AM y las correspondientes acciones comprometidas que realiza a lo largo del tratamiento. Para facilitar la organización se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Áreas valoradas y acciones comprometidas

| Áreas Valoradas | Acciones Comprometidas |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Familiar: -“Cuidar la relación con mi hermano y su familia” | -Llamar a mi hermano -Quedar con mi hermano y mi cuñada -Ver a mi cuñada en el hospital y acercarme a ella -Coger a mi nuevo sobrino en brazos -Quedarme con mi sobrina en casa cuando sus padres lo necesiten |
| Pareja: -“Atender a mi pareja” | -Hablar del bebé -Ir a comprar muebles y cosas que necesitamos para el bebé -Salir los dos solos durante la semana |
| Madre: -“Cuidar de mi hijo” | -Dejar la medicación -Hablar del bebé con mi pareja -Preparar la habitación del niño |
| Trabajo: -“Ser buena profesional” | -Trabajar con clientes difíciles |

De cada área valorada se extraen acciones comprometidas que sirven de medida del acercamiento de AM a dichas áreas. Se establecen cuatro áreas centrales con acciones comprometidas propuestas a cada una de ellas.

Al final del tratamiento se habían realizado todas las acciones propuestas. En el área familiar dice sentirse especialmente satisfecha puesto que es una de las áreas que más siente que había abandonado. Para ella es especialmente difícil no participar en el embarazo de su cuñada y refiere una gran sensación de cambio cuando puede volver a verla. Otra acción comprometida perteneciente al mismo área que AM refiere como un hito importante es el poder coger a su nuevo sobrino en brazos.

En las sesiones de seguimiento cuenta que las mejorías se mantienen y que no necesita más sesiones de tratamiento. La segunda sesión es especialmente emotiva dado que se produce después del parto. Se siente capaz de afrontar las dificultades inherentes al gran cambio que se está produciendo y entiende los eventos privados aversivos como parte de la vida. De esta forma las reglas verbales en relación a las conductas de evitación que mantenían el problema cambian permitiendo que se den las conductas de aproximación a las áreas valoradas. Al preguntarle, AM valora la intervención psicológica como positiva. Refiere que le ha servido para cambiar su actitud ante las dificultades de la vida.

En cuanto a la medicación no se recogen las dosis que está tomando. Sin embargo, sí se recoge su valoración de la medicación inicial como algo que quiere dejar de tomar y que por tanto se convierte en un objetivo. En este sentido AM comienza el tratamiento psicológico tomando medicación ansiolítica y antidepresiva y es en la sesión quinta donde informa de la primera reducción acordada con su médico. Previo al tratamiento había hecho intentos de reducir la dosis pero no lo había conseguido. En la octava sesión informa de una segunda reducción de la medicación y finalmente en la primera sesión de seguimiento cuenta que no está tomando ningún tipo de medicación.

Discusión

Un aspecto relevante a discutir es la no utilización de la sintomatología presente en AM como base para justificar la intervención psicoterapéutica. El planteamiento de ACT permite abordar problemáticas como la traída por la paciente yendo más allá de las clasificaciones psicopatológicas. La dificultad para establecer una línea de separación entre la normalidad y la anormalidad se vuelve especialmente difícil en casos como el que se desarrolla en este trabajo. La diferencia entre la ansiedad normal y patológica durante un cambio vital como el embarazo se vuelve poco relevante en la medida en que los objetivos terapéuticos se definen en base a los valores vitales de la persona y no en base a la sintomatología. De esta manera se decide la intervención psicoterapéutica con AM no en base a la presencia de una sintomatología de ansiedad o evitación sino en base a la interferencia que esta produce en el cuidado de sus valores. En este punto es interesante recordar que desde ACT la aceptación emocional no es el fin en sí del tratamiento si no el medio para lograr la aproximación a los valores (Luciano y Wilson, 2012).

En lo referente a los resultados obtenidos en este estudio de caso se observa que son consistentes con la evidencia encontrada hasta el momento sobre ACT en cuanto a su potencial utilidad (Ost, 2014; Powers et al., 2009). Si bien se encuentran mejorías en la paciente la atribución del cambio a la terapia es algo que se debe someter a discusión.

Atendiendo a las medias pre y post es factible atribuir a ACT al menos parte del cambio hecho por AM. Se observa una reducción de la evitación experiencial junto con una reducción de la ansiedad. Esta interpretación debe hacerse con precaución dado que, como se comentaba anteriormente, los objetivos terapéuticos bajo esta orientación no son la reducción de eventos internos aversivos como en este caso la ansiedad sino el aumento de la flexibilidad psicológica y el acercamiento a las áreas valoradas. Se decide introducir una medida de la ansiedad en base a lo extendido de su utilización sin embargo se considera más relevante atender a los cambios en el cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) y a las acciones comprometidas realizadas por la paciente.

Otro posible factor responsable del cambio es la medicación. Si bien su influencia es factible parece poco probable que sea determinante dado que ya la toma tres meses antes del inicio del tratamiento psicológico y durante este es reducida hasta no tomar nada. Atendiendo a lo referido por AM, ella dice que la medicación le ayuda al principio pero posteriormente quiere dejar de tomarla porque observa que pasa el tiempo y sigue con sintomatología. Ella misma comenta que el tratamiento psicológico es muy importante en su cambio en la

medida en que le permite tener una actitud distinta ante las dificultades en base a la aceptación de estas. Este discurso que mantiene es más consistente con el planteamiento de ACT que con la orientación farmacológica dirigida a la reducción del síntoma.

Poniendo el foco sobre los componentes específicos del tratamiento se destaca el desarrollo de la aceptación emocional como mecanismo central del cambio. La relación de AM con sus eventos internos aversivos se modifica en base al cambio en sus reglas verbales que pasan de considerar su ansiedad y sus temores al embarazo y la maternidad como algo con lo que luchar a verlos como algo a aceptar. Consideramos que el trabajo mediante metáforas y ejercicios experienciales le permite hacer más presentes las consecuencias obtenidas al utilizar la evitación experiencial y compararlas con las obtenidas cuando emplea la aceptación. Atendiendo al trabajo de Polk (2009), citado por Ruíz et al. (2017, p.46) aprender este tipo de discriminaciones para después responder de forma flexible es esencial para lograr el cambio en la terapia.

Como limitaciones al estudio de caso presentado encontramos que las medidas utilizadas para valorar la eficacia del tratamiento podían haber sido mejores pudiendo utilizar más medidas estandarizadas ya que solo se emplearon dos. Además, una de las medidas está centrada en el grado de presencia de los síntomas y tal y como recogen algunos autores puede ser más interesante utilizar medidas centradas en la relación de la persona con sus síntomas independientemente del grado (García, Luciano, Hernández y Zaldívar, 2004). Este planteamiento sería más acorde con la filosofía subyacente a ACT.

Otra limitación es el desconocimiento de las dosis de medicación. Hubiese sido interesante conocer la pauta de reducción que siguió durante el tratamiento psicológico además de las dosis iniciales. Sin embargo, no se accede a tal información.

Pese a las limitaciones es importante destacar que parte de la riqueza del estudio de caso reside en poder describir con detalle los procesos y acontecimientos de la terapia y de esta manera esperamos que el presente estudio pueda contribuir a la generación de conocimiento en torno a la psicoterapia y especialmente en torno a ACT destacando su aplicación a problemáticas que van más allá de los diagnósticos psicopatológicos habituales.

Referencias

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2008). Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. *Obstetrics & Gynecology*, *111*, 1001-1020. <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e-31816fd910>
- Alderdice, F., McNeil, J. y Lynn, F. (2013). *A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being*. *Midwifery*, *29*(4), 389-399. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.05.010>
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M. y Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, *85*, 937-944. <https://doi.org/10.1080/00016340600697652>
- Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninić-Pjević, A. y Mladenović-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy - a psychological view. *Ginekologia Polska*, *89*(2), 102-106. <https://doi.org/10.5603/GP.a2018.0017>
- Bjelica, A. y Kapor-Stanulović, N. (2004). Pregnancy as a psychological event. *Medicinski pregled*, *57*(3-4), 144-148.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos, N. (2011). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Adaptación española (8ª Ed.)*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Byatt, N., Hicks-Courant, K., Davidson, A., Levesque, R., Mick, E., Allison, J. y Moore Simas, T. A. (2014). Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients. *General Hospital Psychiatry*, *36*(6), 644-649. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.07.011>
- Cullinan, C. C., y Gaynor, S. T. (2014). Treatment of Agoraphobia in a Pregnant Woman. *Clinical Case Studies*, *14*(2), 98-114. <https://doi.org/10.1177/1534650114539729>
- García, J. M., Luciano, C., Hernández, M. y Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psychothema*, *16*(1), 117-124.

- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 25-35. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Kinsella, M. T. y Monk, C. (2009). Impact of Maternal Stress, Depression and Anxiety on Fetal Neurobehavioral Development. *Clinical Obstetrics And Gynecology*, 52, 425-440. <https://doi.org/10.1097/grf.0b013e3181b52df1>
- Lee, A., Lam, S. K., Sze Mun Lau, S. M., Chong, C. S. Y., Chui, H. W. y Fong, D. Y. T. (2007). Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5), 1102-1112. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70>
- Lilliecreutz, C., Larén, J., Sydsjö, G., y Josefsson, A. (2016). Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0775-x>
- Luciano, M. C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 3-14.
- Luciano Soriano, C., Gutiérrez Martínez, O. y Rodríguez Valverde, 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, 333-358.
- Luciano, M. C. y Wilson, K. G. (2012). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid, España: Pirámide.
- Öst, L. G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research And Therapy*, 61, 105-121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- O'hara, M. W. y Swain, A. M. (2009). Rates and risk of postpartum depression — a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54. <https://doi.org/10.3109/09540269609037816>
- Polk, K. (2009). *The Idiots Guide to ACT in Groups*. Manuscrito no publicado.
- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B. y Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 73-80. <https://doi.org/10.1159/000190790>
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema*, 25(1), 123-129.
- Ruiz, J. J., Ginés, D., Ruiz, I., Andújar, P., Trillo, F., Roldán, ... González G. (2017). *Terapia de Aceptación y Compromiso de Grupo. Basada en la Teoría del Marco Relacional y el Sociconductismo*. Madrid, España: A.E.P.A.

Artículo recibido: 24/01/2018

Artículo aceptado: 22/05/2018