

**APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)
EN UN CASO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR CON ÚLTIMO
EPISODIO GRAVE, ANSIEDAD GRAVE Y CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS
CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ÁNIMO**

ROSA INÉS GÓMEZ LOAIZA

Id. 351917

Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

Bucaramanga

2018

**APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO
(ACT) EN UN CASO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR CON ÚLTIMO
EPISODIO GRAVE, ANSIEDAD GRAVE Y CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS
CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ÁNIMO**

ROSA INÉS GÓMEZ LOAIZA

Id. 351917

Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de:

ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Directora del Proyecto

PS. ESP., PAULA FERNANDA PÉREZ RIVERO

Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

Bucaramanga

2018

Copyright © 2018 por Rosa Inés Gómez Loaiza. Todos los derechos reservados.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios por llenar mi vida de su presencia, a mi madre que desde el Cielo me sigue protegiendo, a mi hermano Luis Eduardo y mi cuñada Luz Yaneth. A ustedes les dedico este trabajo por su apoyo sin límites, por su luz en mi camino, y por sus fuerzas cuando las mías desfallecían a causa de mi salud. De igual manera, lo dedico a mi padre y a mis sobrinos Wilder, Mariana, Juan José y Valery. A Bibiana que más que una amiga, es mi hermana incondicional. A todos los amo y los tengo en mi corazón.

Agradecimientos

Ofrezco un profundo y sentido agradecimiento a la Doctora Paula Fernanda Pérez Rivero, mi asesora por su invaluable trabajo académico en todo el proceso de apoyo y acompañamiento en este proyecto, por sus valiosos aportes científicos con los que enriqueció mi quehacer profesional; pero de manera muy especial, por su excelente calidad humana, compromiso y entrega que fueron de gran inspiración para superar todas las dificultades que se presentaron hasta llegar al feliz culmen de este proceso.

A mis docentes por todos sus aportes, por la semilla que cada uno de desde su área del saber sembró en mí; por su comprensión y apoyo en los momentos en los que fue necesario. A todos, muchas gracias.

Al departamento de Bienestar Universitario de la Universidad Uniminuto por abrir sus puertas y permitirme aplicar mis conocimientos en la práctica clínica.

Finalmente, expreso mi agradecimiento a la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga, por haberme acogido en su alma máter, por haberme ofrecido procesos académicos con estándares de alta calidad y de manera especial por su flexibilidad curricular en los momentos que fue necesario.

Tabla de Contenidos

INTRODUCCIÓN	9
Población.....	16
Muestra	16
Instrumentos.....	17
Procedimiento	22
RESULTADOS.....	23
Presentación del caso	23
Resultados de la evaluación inicial	26
Formulación clínica.....	27
Hipótesis de origen (problemática actual).....	30
Hipótesis de mantenimiento	34
Impresión diagnóstica	39
Indicadores conductuales	40
Objetivos terapéuticos	41
Resultados de la intervención terapéutica.....	41
DISCUSIÓN	48
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS.....	56
ANEXOS	59
Anexo 1: Consentimiento informado.....	59
Anexo 2. Historia Clínica	61
Anexo 3. Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS)	64
Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck versión II (IDB-II)	74
Anexo 5. Escala de Activación Conductual para la depresión	79
Anexo 6. Inventario de Ansiedad Estado Rasgo State-Trait Anxiety Inventory	80
Anexo 7. Cuestionario de valores	82
Anexo 8. Escala de observación de Recompensa del entorno EROS.....	84
Anexo 9. Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II).....	85
Anexo 10. Formulación de caso.....	86
Anexo 11: Metáforas y ejercicios usadas en la intervención	148

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN UN CASO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR CON ÚLTIMO EPISODIO GRAVE, ANSIEDAD GRAVE Y CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ÁNIMO

AUTOR(ES): ROSA INÉS GÓMEZ LOAIZA

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): PAULA FERNANDA PÉREZ RIVERO

RESUMEN

En este informe se presenta el proceso de evaluación e intervención de un caso atendido en la práctica clínica, cuya clasificación topográfica correspondió a Trastorno Depresivo Mayor con último episodio grave, ansiedad grave y características psicóticas congruentes con el estado de ánimo. Se llevó a cabo un estudio de caso único en el cual se utilizaron como medidas iniciales de evaluación el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo, La Escala de Valoración de Síntomas Psicóticos, La Escala de Activación Conductual, La Escala de valoración de recompensa del entorno, el Cuestionario de Aceptación y Acción y el Cuestionario de Valores. La intervención se realizó desde el modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como un caso de Evitación Experiencial Destructiva. Como resultados de la intervención terapéutica la consultante desde la aceptación creó una experiencia del yo trascendente que le permitió dirigir sus acciones hacia lo valioso de su vida, resignificar sus experiencias aversivas, caminar en la ruta elegida y liberarse totalmente de las experiencias psicóticas.

PALABRAS CLAVE:

Depresión mayor, ansiedad, psicosis, evitación experiencial, aceptación y compromiso

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: APPLICATION OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT) IN A CASE OF DEPRESSIVE DISORDER WITH ANXIETY AND PSYCHOTIC CHARACTERISTICS CONGRUENT WITH THE STATE OF MOOD

AUTHOR(S): ROSA INÉS GÓMEZ LOAIZA

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: PAULA FERNANDA PÉREZ RIVERO

ABSTRACT

This report presents the process of evaluation and intervention of a case treated in clinical practice, whose topographic classification corresponded to Major Depressive Disorder with the last serious episode, severe anxiety and psychotic characteristics consistent with the state of mind. A single case study was carried out. We used Beck Depression Inventory, the State / Trait Anxiety Inventory, the Psychotic Symptom Rating Scale, the Behavioral Activation Scale, the Scale of reward assessment of the environment, the Acceptance and Action Questionnaire and the Values Questionnaire as base-line and following evaluation measures. The intervention was made from the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) model as a case of Destructive Experiential Avoidance. Because of the therapeutic intervention, the client since the acceptance created an experience of the transcendent self that made it possible to direct her actions towards the value of her life, to signify her aversive experiences, to walk in the chosen path and to totally free herself from psychotic experiences.

KEYWORDS:

Depression, anxiety, psychosis, experiential avoidance, acceptance and commitment

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2018) “la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (párr. 1). En relación a su epidemiología, se ha reportado que la depresión se ha convertido en un problema de salud pública por la carga de enfermedad que genera (la mayor carga es por la discapacidad que produce), afectando aproximadamente a 350 millones de personas en todo el mundo donde el peor desenlace ha sido el suicidio en el que aproximadamente 800.000 mil personas al año se quitan la vida en todo el mundo (OMS, 2018).

En cuanto al panorama nacional, el informe presentado por el Ministerio de la Salud (2017) reportó que en el año 2015 se realizaron 36.584 atenciones relacionadas con la depresión moderada, de las cuales el 70.4% de las personas diagnosticadas correspondían al sexo femenino y el 29.6% correspondía al sexo masculino. Los casos de depresión grave con síntomas psicóticos eran menos frecuentes y representan entre el 6 y el 13 % de las atenciones por depresión.

En Bucaramanga, el estudio de Rueda, Díaz y Rueda (2008) mostró que la prevalencia del trastorno depresivo mayor TDM era del 11, 2% con tendencia al aumento y que se asociaba con factores conocidos en la literatura como pertenecer al sexo femenino, intento suicida previo, problemas psicosociales recientes y algunos síntomas físicos como problemas de sueño y cefalea diaria crónica.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5- DSM 5 (American Psychiatric Association, APA, 2014) el TDM se caracteriza por: 1) mantener un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días que puede causar interpretaciones subjetivas del sujeto (sentirse vacío, triste, sin esperanza) y/o que observan otras personas cercanas al individuo (llora todo el día, se le ve triste), 2) Disminución del interés y placer por casi todas las actividades, 3) pérdida o aumento importante de peso sin cambios en la dieta, 4) insomnio o hipersomnia, 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor, 6) sensación de fatiga y pérdida de energía, 7) sentimientos de inutilidad o culpa inapropiadas y excesivas, 8) dificultades cognitivas (atencionales y de memoria), 9) pensamientos de muerte, ideación suicida estructuradas o vagas.

De acuerdo con este manual, los síntomas mencionados se presentan de manera constante en el tiempo y afectan de manera significativa el funcionamiento normal de la persona que los padece. Así mismo, el TDM se diferencia de otros trastornos depresivos (trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado) por su curso clínico el cual está determinado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos (APA, 2014).

En cuanto a sus especificadores, éstos hacen referencia a la gravedad, el curso del episodio actual y sus respectivas características: con ansiedad, con características mixtas, con características melancólicas, con características atípicas, con características

psicóticas congruentes con el estado de ánimo, con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo, con catatonía, con inicio en el periparto y con patrón estacional (APA, 2014).

En cuanto a las explicaciones de las causas de la depresión, se han propuesto a través del tiempo modelos biomédicos que hacen referencia a la insuficiencia de neurotransmisores reguladores del estado del ánimo como la serotonina y la dopamina (Deacon, 2013), también se ha señalado el factor genético/hereditario que hace susceptibles a las personas de sufrir de este trastorno. Actualmente, se ha encontrado evidencia que soporta la idea de que la depresión es un trastorno sistémico que afecta no solo los aspectos psicológicos sino, que incluye una desregulación en diferentes funciones del cuerpo humano (Dean & Keshavan, 2017).

Los modelos psicológicos, por su parte, han explicado la depresión desde modelos intrapsíquicos (Rhee, 2017), biopsicosociales (García-Toro & Aguirre, 2007) conductuales (Bianchi-Salguero & Muñoz-Martínez, 2014) y cognitivos (Beck & Alford, 2009; Beck, Rush, Shaw & Emery, 2012). Estas últimas explicaciones han recolectado numerosa evidencia que valida la teoría de que la depresión está causada por una serie de creencias disfuncionales que interactúan con eventos gatillantes del ambiente y que llevan al desencadenamiento de los síntomas depresivos. En este sentido, las terapias psicológicas están dirigidas a corregir dichos esquemas mentales.

De otro lado y basándose en algunos modelos conductuales, las terapias de tercera generación han intentado comprender la depresión desde un paradigma contextual; es decir que este trastorno sería el resultado de las interacciones entre las contingencias del

ambiente y los factores del individuo (Wilson & Luciano, 2002). Dentro de estos modelos, la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes & Spencer, 2013) explica que la mayoría de los problemas psicológicos pueden entenderse desde el trastorno de evitación experiencial (TEE), el cual consiste en un conjunto de intentos que hacen las personas para evitar el sufrimiento, lo que lleva a un control inflexible de los eventos privados que causan malestar (emociones y pensamientos) y a un distanciamiento de las metas y valores personales importantes (Luciano & Valdivia, 2006). Además, en el modelo ACT todos los problemas psicológicos son comprendidos desde la dimensión funcional del lenguaje contextual, derivado de la teoría del Marco Relacional (TMR) en la cual se considera que la mayor parte de las conductas problemáticas están gobernadas por reglas (conducta verbal) rígidas, que son reforzadas por la comunidad socio-verbal (Luciano, et al., 2010).

Desde esta perspectiva, la depresión es concebida como un TEE, cuya naturaleza “no sería el ánimo deprimido o los pensamientos negativos, sino la función que han adquirido tales eventos privados en la historia de la persona llevando una regulación ineficaz de la conducta que limita la vida y aumenta el malestar” (Zettle & Hayes, como se citó en Ruiz, Cangas & Barbero, 2014, p. 446). En el caso de la ansiedad, sucede lo mismo, la función de este síntoma consiste en evitar las propias experiencias emocionales y cognitivas; de esta manera, lo que se pretende evitar es el miedo al miedo, el temor a los actos valorados como negativos, la angustia por pensamientos desagradables, el temor a tener sensaciones de descontrol, al que se le suma el desgastante trabajo en hacer todo

lo posible por evitar, por no contactar con dichas experiencias de una forma inflexible como requisito para vivir (Páez & Martínez, 2014).

En cuanto a los síntomas psicóticos, no serían otra cosa que “intentos de evitación experiencial del malestar emocional asociado a lo que determinados pensamientos generan a la persona. (...) funcionalmente, las alucinaciones disminuirían disonancia cognoscitiva que producen determinados pensamientos intrusivos que no son aceptados socialmente” (García & Pérez, 2005, p.383).

Partiendo de lo anterior, el objetivo de ACT es la flexibilidad cognitiva. Ésta se logra mediante siete elementos principales presentados como procesos: 1. La aceptación: consiste en que la persona acepte lo que no es susceptible de cambio, 2. defusión cognitiva: está direccionada a que el consultante rompa la vinculación entre las palabras aversivas y su función, 3. el sí mismo como contexto: este proceso se centra en procurar que la persona establezca contacto con el sentido trascendental del yo, de tal manera que pueda verse a sí misma como contexto o lugar en el que se dan sus distintos comportamientos, en lugar de definirse a partir de ellos, 4. desesperanza creativa: consiste en conseguir que el consultante experimente que las acciones que ha realizado para solucionar sus problemas no le han funcionado para salir de ellos. 5. la importancia de los valores: consiste en orientar al consultante en la identificación de los valores con los que desea direccionar su vida, 6. la acción comprometida: se focaliza en lograr que la persona realice acciones direccionadas a los valores elegidos, y 7. el control es el problema, no la solución: se trata de conseguir que el consultante experimente que en la experiencia de la vida hay aspectos que es imposible controlar (Caro, 2016; Luciano & Valdivia, 2006)

Estos procesos llevarían a que la persona identifique y abandone las estrategias de control de los eventos internos, observe las experiencias sin etiquetarlas, ni llevarlas a ser literalmente ciertas y se centre en las conductas orientadas a obtener resultados valiosos para crear acciones flexibles y eficaces (Rivero & Agudelo, 2016), que le permitan seguir su vida en dirección a sus valores. Estas fases no tienen un orden de aplicación rígido, debido a que las características y necesidades clínicas de los consultantes pueden variar.

La eficacia de ACT ha sido demostrada para diferentes problemas psicológicos dentro de ellos, los trastornos depresivos (Páez & Gutiérrez, 2013) la psicosis (García & Pérez, 2016) la ansiedad (Furlan, 2013) los trastornos de la personalidad, las adicciones, los problemas sexuales, entre otros (Perea-Gil, 2017).

Respecto de los casos de psicosis, García y Pérez (2001) realizaron un estudio de caso sobre alucinaciones auditivas, cuya intervención fue aplicada a un joven de 17 años, quien llevaba 15 meses con tratamiento farmacológico con diversas variedades de medicación antipsicótica sin ningún resultado, a través de la intervención ACT en solo 18 sesiones de tratamiento logró: retomar los estudios, que había abandonado hacía tiempo, reducir el número de alucinaciones auditivas, pasando de 25 voces al día a permanecer asintomático en las últimas sesiones del tratamiento y la disminución de los medicamentos antipsicóticos en un 40%. Otro estudio realizado por Luciano, Salgado y Gutiérrez (2013) en el que se intervinieron 23 participantes con dos años de diagnóstico psiquiátrico y grave deterioro del funcionamiento personal y social halló que luego del trabajo terapéutico se incrementó la aceptación y mejoró el funcionamiento personal y social a través de la realización de acciones comprometidas con los intereses personales. A los 8 meses de

seguimiento, los autores encontraron reducciones significativas en la sintomatología depresiva y efectos significativos en la sintomatología ansiosa y paranoide.

Estos resultados son consistentes con los hallazgos reportados por Shawyer et al (2017) quienes realizaron un ensayo clínico controlado en el cual se evaluó la eficacia de ACT en una muestra de pacientes crónicos con síntomas psicóticos persistentes. Los autores hallaron que luego del proceso terapéutico los pacientes mostraron una disminución de los síntomas positivos (alucinaciones y delirios) y un mejor manejo del estrés.

Así mismo, según la literatura, ACT se ha mostrado como un tratamiento eficaz para la intervención de casos crónicos, pues permite romper este círculo al favorecer respuestas psicológicas más flexibles (Luciano & Valdivia, 2006).

Se seleccionó este modelo terapéutico para el abordaje de este caso, porque de acuerdo a las diferentes investigaciones, ACT es el modelo que ha dado mayores resultados en las intervenciones con problemas psicológicos crónicos dotando a las personas de habilidades para direccionar su vida hacia lo valioso, contactando con el momento presente, a través de la observación y aceptación de los eventos privados no deseados en lugar de la detención y control de los mismos, direccionando la vida al cumplimiento de sus metas y objetivos enmarcados en direcciones personalmente valiosas. De acuerdo con la literatura ACT es el enfoque terapéutico más completo de las terapias de tercera generación (Hayes & Spencer, 2013).

MÉTODO

Diseño

Se llevó a cabo un estudio de caso único con un diseño simple intraserie en tres fases A-B-A (evaluación-intervención-evaluación) (Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999).

Población

La práctica de Psicología Clínica fue realizada en el departamento de Bienestar Universitario de la Universidad Uniminuto, sede Bucaramanga, Institución de Educación Superior, de carácter católico y compromiso social. Acudieron a consulta psicológica personas adultas que estudiaban en la universidad o que eran familiares de los estudiantes, provenían de diferentes estratos socioeconómicos y de diferentes regiones del país.

Muestra

De los consultantes atendidos en la práctica se seleccionó una persona para la formulación del estudio de caso de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: número de sesiones intervenidas, cumplimiento y permanencia en el proceso, adhesión a la intervención terapéutica y la posibilidad de realizar seguimiento al caso clínico. La

consultante tenía 38 años dos hijos de 17 y 20 años de edad, separada de su esposo hace diez años, cursaba octavo semestre de Administración en Salud Ocupacional. Refería alteración en el patrón del sueño, problemas depresivos, ansiosos y psicóticos.

Instrumentos

Para la intervención del caso se utilizaron los siguientes instrumentos:

Consentimiento Informado: documento mediante el cual la consultante recibió información de forma clara y libre referente a confidencialidad, diferentes tópicos de la intervención terapéutica y manejo de datos personales. El documento fue redactado siguiendo los lineamientos de la Ley 1090 de 2006 y a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales (ver anexo 1).

Historia Clínica: Documento que contiene toda la información del consultante en relación con motivo de consulta, historia de vida personal, conductas problema y avances o retrocesos en el proceso terapéutico. En relación con el manejo de todo lo que emerge en la histórica clínica, de acuerdo con el Tribunal Nacional, Psicológico y Bioético de Psicología, en la Doctrina 1 (2011) el quehacer del psicólogo implica la recolección de información confidencial que, voluntariamente, revela el consultante. Al ser receptor de esta información el profesional se obliga a llevar a cabo su registro secuencial y meticuloso en la histórica clínica como lo establece la Ley 23 de 1981, la Resolución 2546 de julio 2 de 1998, el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud.

Inventario de Depresión de Beck, versión II (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 1996): Es un autoinforme de 21 ítems para evaluar la presencia o gravedad de la depresión, cuya aplicación se puede hacer en formato individual o grupal a partir de los 13 años. La persona elige dentro de las alternativas, la frase que mejor describa su estado de ánimo durante las dos últimas semanas, incluyendo el día en que realiza la prueba. La puntuación total oscila entre 0-63. En cuanto mayor sea la puntuación, más bajo será el estado de ánimo. Los niveles de depresión se obtienen de la suma total de los 21 ítems: 0-13: depresión mínima. De 14-19: depresión leve. De 20-28: depresión moderada y de 29-63: Depresión grave. El instrumento cuenta con una consistencia interna de 0.89. La adaptación española de esta prueba fue realizada por Sanz y Vásquez (2011) y validada en Colombia por Castrillón (2005), con una consistencia interna de alfa de Cronbach de 0,90. Se eligió este instrumento, porque fue diseñado para la evaluación y cuantificación de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes con diagnóstico psiquiátrico (Beck, et al., como se citó en Sanz, García-Vera, Espinoza, Fortún, & Vásquez, 2005).

Escala de Valoración de Síntomas Psicóticos (PSYRATS) (Haddock, McCarron, Tarrier & Faragher, 1999):

Es un instrumento de evaluación clínica que se centra en la medición detallada de delirios y alucinaciones en pacientes con psicosis. La prueba tiene 17 ítems en dos subescalas, una para los delirios de seis ítems y la otra para alucinaciones de con once ítems, con una clasificación de cinco puntos de 0-4. Los ítems de las alucinaciones son: frecuencia, duración, localización, sonoridad, creencias acerca delo origen, contenido negativo, intensidad del contenido negativo, cantidad de angustia, perturbaciones

causadas en la vida del paciente y control. Los ítems para los delirios son: cantidad de preocupación, convicción, cantidad de angustia, intensidad de la angustia, perturbaciones causadas en la vida del paciente. En la escala de alucinaciones auditivas cuenta con una consistencia interna de 0,96 y en la escala de los delirios la consistencia interna es de 0,89. Se eligió esta prueba por su alto nivel de confiabilidad en la medición de las escalas de las alucinaciones auditivas y escalas de los delirios.

Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI), (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970): Este cuestionario se realiza para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad. Por un lado, la ansiedad como estado (A/E) en la que se evalúa un estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos de atención y aprensión con hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo. Por otro lado, mide la ansiedad como rasgo (A/R), cuyo fin principal consiste en identificar a los sujetos con una propensión ansiosa relativamente estable. El instrumento está compuesto por 40 ítems, de los cuales 20 miden la ansiedad como rasgo y los otros 20 evalúan la ansiedad como estado. El sistema de respuesta que se utiliza es una escala tipo Likert de 4 puntos. Según la intensidad (corresponde a casi nunca/nada) y 3 (mucho/casi siempre). La puntuación en las subescalas oscila entre 0-60 puntos (Fonseca-Pediero, Paino, Sierra-Baigie, Lemos-Giráldez & Muñoz, 2012). Este instrumento cuenta con una consistencia interna de 0,93. Fue elegido, porque se consideró que dados los altos niveles de ansiedad de la consultante permitía identificar si los niveles de ansiedad correspondían a un momento transitorio o si permanecían en el tiempo.

Escala de Activación Conductual para la Depresión BADS (Kanter, Mulick, Busch, Berlin & Martel, 2007) Adaptación al español de Barraca, Pérez-Álvarez y Lozano-Bleda (2011): Es un cuestionario de 25 ítems que mide cuatro dimensiones básicas en cuatro subescalas: activación, evitación/rumia, afectación del trabajo/activación y afectación de la vida social (Barraca, 2010). Los ítems están en escala Likert de 0 (en absoluto) a 6 (totalmente cierto), siendo recodificados todos los ítems pertenecientes a todas las subescalas, a excepción de la subescala “activación” (Barraca, et al, 2011). La puntuación total del test oscila entre 0-150, para la dimensión “activación” oscila entre 0-42, para la dimensión “evitación/rumia”, oscila entre 0-48, para la dimensión “deterioro social” oscila entre 0-30. Las puntuaciones se interpretarían de la siguiente manera: subescala de activación, una puntuación cercana a 42 indicaría alta activación y cercana a 0 baja activación. Para la subescala de “evitación/rumia”, una puntuación cercana a 48 indicaría ausencia de evitación y cercana a 0 presencia de evitación. Para la subescala “deterioro laboral/actividad”, una puntuación cercana a 30 indicaría escaso deterioro laboral y cercana a 0, deterioro laboral. Para la subescala “deterioro social”, una puntuación cercana a 30 indicaría escaso deterioro social y cercana a 0, deterioro social y la puntuación total de la escala si es cercana a 150 indicaría una buena activación global y cercana a 0 baja activación. Tiene una consistencia interna de (alfa = 0.90) y una consistencia aceptable en cada una de sus dimensiones, así: activación (coeficiente alfa = 0.81), evitación/rumiación (coeficiente alfa = 0.82), afectación del trabajo/estudio (coeficiente alfa = 0.76), y afectación social (coeficiente alfa = 0.88).

Escala de observación de Recompensa del entorno EROS (Armento & Hopko, 2007). Adaptación al español de Barraca y Pérez-Álvarez (2010). Adaptación a la población colombiana por Valderrama, Bianchi y Villalba (2016):

Es un instrumento de 10 ítems, dirigido a obtener una autoevaluación objetiva del grado en el que la persona considera que el entorno le resulta reforzante. Cada ítem se puntúa de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). La puntuación total se obtiene sumando los ítems directos e inversos (Armento & Hopko, 2007). Tiene una consistencia interna en la población colombiana de alfa de Cronbach de .83. Aunque esta prueba fue utilizada como recurso terapéutico, se eligió porque permite obtener una autoevaluación objetiva del grado en que el entorno resulta reforzante para el sujeto, e identificar comportamientos, situaciones o eventos relacionados con el TEE.

Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) (Wilson et al, 2002):

Este cuestionario mide de manera genérica la Evitación experiencial y la aceptación psicológica. Está formado por 7 ítems que puntúan con una escala de 7 puntos. Las puntuaciones altas indican mayor grado de evitación psicológica. El cuestionario es una escala tipo Likert de 1-7. Siendo 1 (nunca es cierto para mí), 4 (a veces es cierto para mí) y 7 (siempre es cierto para mí). El instrumento tiene un alfa de Cronbach de 0.82 y responde a una estructura factorial representada por un único factor.

Cuestionario de Valores (Wilson, et al, 2002):

Es un formato conformado por 10 áreas de valoración que permite a los consultantes elegir las áreas valiosas de su vida, puntuando de 1 a 10. El número 1 es el valor mínimo en la vida de la persona y el 10 es el valor máximo. A su vez, el formato le

pide al consultante puntuar en relación con la coherencia de las acciones y el valor del área elegida en su vida.

Procedimiento

Evaluación inicial: se realizó durante cinco sesiones, dos de entrevista y 3 de aplicación de instrumentos, cuyos hallazgos posibilitaron el adecuado diseño del análisis funcional de la consultante.

Intervención: Se realizó siguiendo el modelo ACT durante 23 sesiones, dadas las características del caso “se siguió una terapia intensiva” (García, Luciano, Hernández & Zaldívar, 2004, p. 118), con una duración de aproximadamente hora y media con la siguiente frecuencia: las primeras cinco sesiones fueron de evaluación y se realizaron una vez por semana. De la sexta sesión hasta la veinte seis se trabajó dos veces por semana y de la sesión veinte siete a la treinta y uno se trabajó con una frecuencia de una vez por semana.

Evaluación final: se llevó a cabo en la sesión 32 al mes de haber finalizado el proceso de intervención. Se realizó una entrevista y se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos utilizados en las sesiones iniciales de evaluación.

RESULTADOS

Presentación del caso

E.R, es una mujer de 38 años edad, oriunda de Ciénaga, (Magdalena) y residente en Bucaramanga. Es la menor de dos hermanas. Actualmente cursa octavo semestre de Administración en Salud Ocupacional en la universidad Uniminuto, trabaja a nivel independiente como estilista de un salón de belleza y vive con sus dos hijos de 17 y 20 años.

Como antecedentes principales se encuentran la adopción por parte de sus abuelos maternos desde los 40 días de nacida debido al abandono de su madre, periodo de tiempo desde el que hizo parte una familia extensa debido a que dos tíos y dos tías maternos hacían parte de este núcleo familiar. E.R., relata haber tenido una “niñez muy terrible,

porque sus tías constantemente la humillaban y la echaban de la casa”, pero refiere que “los maltratos fueron peores a partir de sus nueve años de edad, época en la que murió su madre adoptiva”. La consultante relata que a manera de escape de la situación vivida en su entorno familia, a los 14 años decidió formar su hogar con un hombre de Bucaramanga. Durante el primer año de convivencia marital concibió a su primera hija y a partir de ese momento empezó a ser víctima del maltrato psicológico, físico y sexual de su pareja sentimental durante diez años. Fruto de esa esa historia de abusos concibió a su segundo hijo. Otro evento que la consultante narra como traumático en su vida, es el del regreso a su casa paterna después de la separación de su esposo, donde es “acogida por el padre adoptivo, pero desalojada por sus tías”. A partir de este episodio ella decidió regresar a Bucaramanga.

Hace tres años murió su padre adoptivo, quien desde hacía 3 meses se encontraba con problemas graves de salud. Durante este lapso de tiempo cada que ella lo llamaba él le pedía que fuera a verlo, pero nunca lo hizo; por esta razón no pudo despedirse de él antes de su muerte. Finalizado el proceso de las obras fúnebres, E.R, sufrió el primer episodio psicótico, caracterizado por alucinaciones táctiles, visuales, auditivas y delirio de persecución. De igual manera, se le incrementó la intensidad y frecuencia del problema de sueño. Durante esa semana, sus tíos decidieron contactar a su madre biológica para notificarle la muerte de su padre. El encuentro con ella le revivió todos los eventos dolorosos y le incrementó la pérdida de sentido de vida, porque le dijo que “ella había sido violada por su padre biológico y como se parecía tanto a él decidió abandonarla y perderse de todo el mundo”.

La muerte de su mejor amiga y el envenenamiento de su mascota, fueron eventos que confirmaron sus reglas de desconfianza que gobernaron su vida, (“este mundo es muy peligroso”, “no se puede confiar en nadie”, “todo el mundo sólo busca hacerle daño a uno”), control autoinstruccional que la llevaron al aislamiento social,

A nivel emocional E.R. ha tenido dos vínculos afectivos posteriores a la separación del padre de sus hijos. Refiere que el “primero la abandonó después de solicitarle matrimonio”. Con el novio actual lleva tres años de relación, pero refiere tener muchas dificultades con él, porque es “igualito a todos los hombres que sólo quieren usarla, hacerle daño y después abandonarla”. Manifiesta que por “culpa de su novio tuvo dos parálisis en un mismo mes el año pasado” lo que le confirma que “él sólo quiere hacerle daño”. En relación con sus hijos refiere tener una relación muy hostil, porque son igualitos a su padre y al igual que él también quieren hacerle daño y matarla”.

E.R. solicitó en consulta se le ayudara con “esa cadena de sufrimientos tan terribles que tenía desde hacía 20 años en los que vivía sumida en unos terribles cuadros de ansiedad y una depresión tan terrible, en la que no tenía un segundo de paz y tranquilidad, en que sentía que su vida no tenía sentido, porque ella no era nadie, porque ella no valía nada, porque ella no merecía que ser amada por nadie, porque a ella todo el mundo la había abandonado, hasta Dios también me abandonó, porque en estos 20 años de terrible sufrimiento no me ha escuchado por más que le oro”. De igual manera pidió que se le ayudara a quitar el insomnio porque estaba “desesperada de no poder dormir bien en estos 20 años de sufrimiento y la migraña la tenía al borde de la locura”. Expresó que los ataques de pánico al despertar en la noche y las crisis de angustia eran tan

terribles que duraba hasta dos horas llorando de manera incontrolable y luego no se podía volver a dormir del miedo a que la sombra la atacara o las voces la hicieran autolesionarse. De igual manera, manifestó tener mucho “miedo a que le volvieran a dar las parálisis, porque estaba teniendo dificultades con su novio. Pidió que se le ayude con el proceso terapéutico a tener una vida normal, porque no creía en los psiquiatras y “no le interesaba tomarse esa droga tan dañina que ellos mandan”, “ni siquiera he ido al médico por las migrañas, porque toda la droga es muy dañina”.

Resultados de la evaluación inicial

Dentro de estos resultados se encuentran las puntuaciones de las escalas psicológicas aplicados en las sesiones de evaluación. Cabe mencionar que estos instrumentos estuvieron relacionados con los indicadores conductuales de seguimiento y que algunos fueron utilizados también como recursos terapéuticos (escalas ACT) (Tabla 1)

Tabla 1.

Resultados de la evaluación inicial en las escalas psicológicas

Escala	Resultados	Interpretación
Inventario de Depresión de Beck	Puntaje total: 47	Depresión grave
Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo	Ansiedad Estado: 29 Ansiedad Rasgo: 34	Ansiedad moderada Ansiedad alta
Escala de Valoración de Síntomas Psicóticos	Puntaje total: 56	Síntomas psicóticos graves
Escala de Activación Conductual para la Depresión	Activación: 3 Evitación: 8 Afectación vida laboral/académica: 15	Baja activación Alta evitación Deterioro laboral alto

	Afectación vida social: 8 Puntaje total: 34	Afectación alta de la vida social Baja activación general
Escala de observación de Recompensa del entorno	Puntaje total: 15	Baja percepción de recompensas en el entorno (entorno no reforzante)
Cuestionario de Aceptación y Acción	Puntaje total: 49	Alta evitación
Cuestionario de Valores	Discrepancia importancia-coherencia: Familia 0 Pareja 3 Hijos 8 Amigos 5 Trabajo 4 Educación 7 Diversión 4 Espiritualidad 7 Comunidad 6 Cuidado físico 7	Se observaba una incoherencia entre las siguientes dimensiones valoradas como importantes para la consultante y las acciones que realizaba para mantener estas dimensiones de su vida: Hijos, amigos, educación, espiritualidad y cuidado físico.

Los resultados de la valoración inicial permitieron llevar a una conceptualización del caso desde ACT, información que está consignada en la formulación clínica del caso (ver anexo 10), a continuación, se describen las hipótesis de origen y mantenimiento del problema de la consultante y la impresión diagnóstica:

Formulación clínica

E.R, presenta un patrón de conducta caracterizado por inflexibilidad psicológica, fusión cognitiva, literalidad del pensamiento, reglas socioverbales de autodesvalorización aprendidas desde su infancia, desesperanza y distanciamiento de lo valioso de su vida. Desde sus primeros años, vivió un ambiente tenso con su sistema familiar debido a la severidad y rigidez materializada en conductas de rechazo y humillación permanente por

parte de sus tías maternas. De acuerdo con Ordóñez y González (2012) desde los dos a los cinco años, los menores observan la realidad sin comprenderla, a lo que se añade la dificultad para diferenciar la fantasía de la realidad, pudiendo llegar a creer que son ellos la razón del conflicto, instalándose en ellos sentimientos de culpa, inutilidad y ansiedad. La sintomatología general en esta etapa comprende: miedo, sentimiento de desamparo e impotencia, creencia de que pueden morir durante las agresiones, ansiedad, e inseguridad, dudas, expectación, actitudes de negación y de regresión, tristeza y aislamiento.

De esta forma, a través del patrón de socialización rígida e inflexible con tasas de altos refuerzos negativos por parte de su comunidad socioverbal la consultante aprendió a interpretar de manera literal las funciones verbales y se quedó atrapada en ellas. Kaplow y Widom (s.f.) citados por Frías y Gaxiola (2008) consideran que “el maltrato en la infancia temprana predice síntomas de depresión y ansiedad en la edad adulta, controlando raza, género y edad” (p. 238). En consecuencia, se podría afirmar que fruto de esta relación con su comunidad socioverbal E.R, adquirió un estilo personal autodesvalorización, miedo, ansiedad y depresión: *“Yo soy la única persona en la vida que nadie quiere, hasta mi propia madre me abandonó, me rechazó, mis tías todo el tiempo me han humillado, me han echado de la casa, me dicen que yo soy un estorbo, que no soy nadie y que no valgo nada, todo el tiempo he sido pisoteada por mi propia familia”*. En relación con lo anterior, Wilson y Luciano (2002) afirman que la Evitación Experiencial (EE) está relacionada con el hecho de pertenecer a una comunidad verbal que es la encargada de enseñar a los niños a responder relacionamente y a usar reglas. Este proceso, según los autores, tiene lugar cuando aparece la bidireccionalidad y la transformación de funciones, que al ser alterados

promueven contextos verbales patogénicos (literalidad, evaluación, dar razones y regulación verbal de la evitación destructiva) responsables de la EE.

E.R. se sentía anclada al lenguaje y a sus pensamientos, sus continuas verbalizaciones sobre sus exiguas capacidades, (*“yo soy una fracasada, yo soy poca cosa, yo soy incapaz de lograr que quiero, yo no valgo nada, yo no debí haber nacido, yo no soy nadie, mi vida no tiene sentido, desde que nací todo es una cadena de sufrimiento, miedos y angustias, todo el mundo se quiere aprovechar de mí”*) habían actuado como un dogma en su vida cotidiana llevándola a sentirse atrapada en la literalidad de su lenguaje; fusionada en un sufrimiento que no le permitía confiar en nadie, ni menos encontrar su propio valor personal.

La EE en ella tuvo diferentes manifestaciones: miedo a todo, angustias, sensaciones de vacío, desespero, delirios de persecución, crisis de ansiedad al despertar, llanto descontrolado, compulsiones de prender luces de la casa y abrir puertas, sentimientos de soledad y abandono, episodios depresivos, llanto constante, psicosis, conducta autolesiva ante las alucinaciones auditivas, transferencia de funciones aversivas a sus hijos y a su novio, pérdida del sueño, ansiedad, sentimientos de culpa, rechazo a su maternidad y a sus hijos, dificultad en la toma de decisiones, irritabilidad y conducta reactiva de manera permanente.

En estos casos en los que aparece un patrón inflexible, con numerosos comportamientos dirigidos a vivir bajo la necesidad de controlar o evitar los eventos privados negativos, se le denomina Trastorno de Evitación experiencial (Hayes et al, 1996

como se citó Wilson & Luciano, 2002). Según Luciano, Páez y Valdivia (2010), “la Evitación Experiencial Destructiva (EED) es un tipo de regulación del comportamiento consistente en la necesidad inflexible de actuar para no entrar en contacto con el malestar o para escaparse de ello (...) limitando la vida que uno quiere” (p. 143). Según estos mismos autores este tipo de regulación envuelve a la persona en un sufrimiento en el que resulta cada vez más atrapada. De acuerdo con estos postulados todos los problemas conductuales de la consultante estaban enmarcados en un TEED.

Hipótesis de origen (problemática actual).

Las funciones aversivas de E. R, experimentadas en las diferentes etapas de su historia de vida, tras la muerte de su padre adoptivo hace tres años fueron actualizadas en el trastorno depresivo mayor, en las crisis de ansiedad, en el problema de mantenimiento y sostenimiento del patrón del sueño, en los sentimientos de culpa y en las experiencias psicóticas.

En la historia de vida de la consultante el evento abandono está relacionado con la palabra abandono y el evento maltrato está relacionado con la palabra maltrato desde su infancia, a partir de su proceso de socialización. De acuerdo con Wilson y Luciano (2002) el contexto socioverbal es determinante en la provisión de funciones derivadas a objetos, actividades y sensaciones corporales, al propio comportamiento y es el responsable no sólo del conocimiento derivado sobre el mundo, sino también del conocimiento derivado sobre uno mismo. Siguiendo este mismo marco de coordinación de estímulos, la consultante en la experiencia de vida conyugal creó un nuevo marco de estímulos relacionados

verbalmente unos con otros en los que la relación establecida entre el evento “abandono”, la palabra “abandono”, el evento maltrato y la palabra “maltrato” fue relacionada con el sujeto “hombre”, la palabra “hombre”, el evento “violencia y la palabra “violencia”. Dadas estas relaciones verbales y la función aversiva adquirida directamente, esta se transfirió a través de todos los estímulos siguiendo el mismo marco de relación entre ellos, generando respuestas conductuales desde la literalidad del lenguaje. Tal y como explican Hayes y Wilson (1993, citados por Wilson & Luciano, 2002) “responder a la propia conducta es un reactivo que altera la función de las circunstancias en las que está la persona y transfiere funciones al mismo hecho de responder” (p. 84).

Por la función discriminativa de estos eventos desde la experiencia directa y la historia que dio función discriminativa a la reacción del delirio de persecución en el que se circunscriben las conductas problema (patrón del miedo a todos los hombres, el miedo a dormir del lado izquierdo de la cama, el miedo a dormir sola, el miedo a que llegue la noche, el miedo a no poder dormir, el miedo a quedarse dormida y no despertar, el miedo a que mientras duerme le dé una parálisis, el miedo a dormirse y volverse a despertar rápido sin sueño. El miedo a despertar con miedo, con ansiedad, con angustia, con migraña, con desespero, con llanto incontrolable, a ver la sombra, a escuchar las voces, a autolesionarse al escucharlas. Miedo a que todo el mundo sea feliz, menos ella, miedo a perder su negocio, a ser una fracasada, miedo a que su novio y sus hijos le quieran hacer daño. Miedo a que todas las personas le quieran hacer daño a ella o a sus hijos, miedo a que sus hijos y su novio la abandonen), dan razón del origen de la gravedad de la depresión y la ansiedad desde el seguimiento de los marcos relacionales durante toda su historia de vida.

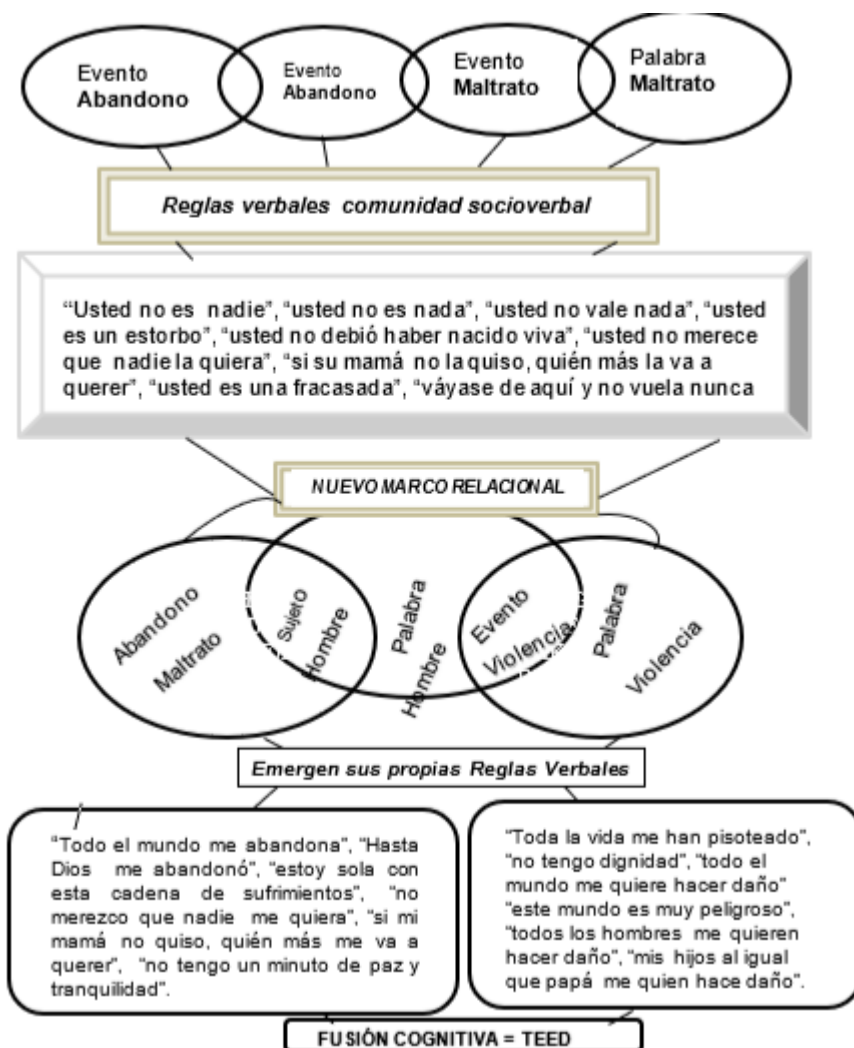
Tomando en cuenta los antecedentes de su historia de vida, se encuentran factores predictivos tanto de la depresión como de la ansiedad en dos etapas fundamentales de su vida: la primera originada en la infancia y la segunda en los diez años de violencia de género. Tal y como mencionan Cacique et al (2006, citados por Vázquez, 2007) “el maltrato en la infancia temprana predice síntomas de depresión y ansiedad en la edad adulta. En relación con la violencia de género, según estos mismo autores, esta es uno de los principales desencadenantes de depresión y ansiedad: la violencia degrada la integridad de la mujer, provoca inseguridad, disminución de la autoestima, incertidumbre, desesperanza y desvalorización; además coarta sus posibilidades de desarrollo personal y anula su autonomía originando la depresión” (p. 91). En esta misma línea, Correa y Jadresic (2005) afirman que las secuelas psicosociales de la violencia pueden abarcar ansiedad, depresión, baja autoestima, disfunción sexual, trastornos de la alimentación, trastornos de estrés postraumático y conductas autodestructivas.

Por su parte, Echeburúa (2009) afirma que cuando una mujer ha sido víctima de la violencia de su pareja un estado de alerta permanente interfiere negativamente en la vida cotidiana de la víctima. En estas condiciones una persona puede encontrarse alterada constantemente, sentirse irritable, tener dificultades para dormir, permanecer vigilante ante cualquier estímulo, por insignificante que sea, y sentirse en la necesidad de controlar todo lo que esté a su alrededor.

Todo este espectro de alta vulnerabilidad en la consultante permitió comprender cómo se originaron los problemas y síntomas clínicos. De este modo, al tener que enfrentarse a otros eventos aversivos se incrementó la gravedad de todos sus cuadros

clínicos, como el encuentro con su madre biológica en la misma semana en la que se celebraba el novenario de su padre adoptivo, la muerte de su mejor amiga en ese mismo año y el envenenamiento de su mascota por parte de sus vecinos por ese mismo periodo de tiempo, que concluyen con el desencadenamiento del delirio de persecución y aislamiento social. En la figura 1 se presenta la interacción contextual que dio origen a los problemas conductuales.

Figura 1: Hipótesis de origen las conductas problema de E.R.



Hipótesis de mantenimiento

Los problemas conductuales de la consultante eran mantenidos por la relación que ella estableció entre el yo- contenido y el lenguaje autoinstruccional que la llevó actuar “desde la literalidad del lenguaje al no diferenciar entre el contenido y el contexto de su conducta verbal” (Gómez, López & Mesa, 2007, p. 497), por lo que actuaba como si “todos esos contenidos estuvieran ocurriendo en el aquí y en el ahora, fusionándose entre el pensamiento, la valoración y el yo como contexto, sintiéndose obligada a actuar bajo el control de la fusión” (Wilson & Luciano, 2002, p. 85) y dirigiendo sus acciones hacia la Evitación Experiencial Destructiva (EED) que fue el principal elemento mantenedor de todos sus problemas conductuales. Siguiendo a Wilson (2002) la evitación es perjudicial cuando a pesar de parecer muy razonable el modo en que una persona está resolviendo un problema evita que el dolor, el miedo, la inseguridad o la angustia se hagan presentes y finalmente no resuelve nada porque esa actuación se interpone en lo que esa persona desea para su vida. Su naturaleza paradójica radica en que la persona que lo sufre está implicada en hacer lo que entiende que debe hacer para eliminar el sufrimiento; sin embargo, lo que obtiene a la larga es que aquello que le hace sufrir más, está cada vez más presente y su vida cada vez más cerrada, porque se imposibilita a seguir adelante con la consecución de las metas y los valores que considera importantes.

De acuerdo con Luciano, Gutiérrez y Rodríguez (2005) en su intento de alejarse de sus recuerdos aversivos una persona podría beber alcohol o consumir otras drogas, podría disociarse, alucinar, dormir, rumiar sobre ello, agredir, delirar, etc., lo que hace que el

problema no sólo se mantenga, sino que se fortalezca, e incremente la severidad de sus síntomas topográficos. En otras palabras, “la evitación emocional resulta perjudicial cuando el comportamiento objeto de interés no es susceptible de control verbal y, por tanto, los intentos de regulación solo consiguen exacerbar el problema” (Wilson & Luciano, 2002, p. 77).

Toda la conducta de control autoinstruccional que llevó a la consultante a desarrollar el TEE fue aprendida en la socialización de su comunidad sociedad verbal de referencia a través del sistema socioverbal aversivo y destructivo en el que ella adquirió un patrón de regulación verbal rígido e inflexible con el que paulatinamente fue configurando la dimensión del yo-contenido que circulaba en su sistema familiar (“si su mamá no la quiso, quién más la va a querer”, “usted es una fracasada”, “usted no debió haber nacido”, “usted es un estorbo”). Reglas que adquirieron en E.R., un “control funcional” (Gómez, López & Meza, 2007, p. 498), que la llevó a crear sus propias reglas verbales (“yo no valgo nada”, “yo no soy nada”, “yo no merezco que nadie me quiera”, “si mi mamá no me quiso, quién más me va a querer”, “todo el mundo me abandona”, “hasta Dios me abandonó”, “mi vida no tiene sentido”). Desde esta literalidad asumió una regulación conducta-conducta desde la que siguió la regla pliance (actuando por lo que otros dicen-yo soy un estorbo, no me quieren). De acuerdo con Wilson y Luciano (2002 el seguimiento de la regla pliance puede llegar a ser limitante y destructivo cuando no se contextualiza adecuadamente a lo que se persigue. De ese modo, se potenciaría especialmente un repertorio instruido por otros que sería mínimamente sensible a los cambios naturales. Desde el seguimiento de esta regla generalizó todas las experiencias de sus eventos

aversivos con los que llenó el contenido de su yo y fue extendiendo a cada una de las facetas de su vida que hoy regulan todos sus problemas conductuales (“yo no sé para qué vine a este mundo si mi vida no es más que una cadena de sufrimientos”, “*yo no le encuentro sentido a mi vida, ni a nada*”, “*yo soy una frustrada, fracasada y humillada*”, “*mi vida es una terrible pesadilla*”, “este mundo es muy peligroso”, “todo el mundo me quiere hacer daño”, “yo he sido pisoteada por todo el mundo”, “yo no tengo dignidad”, “yo soy una cualquiera por andar sola con mis hijos, sin esposo”, “yo no merezco ser madre, porque rechazo a mis hijos, los maltrato, les digo cosas horribles y les genero heridas emocionales imborrables”, “yo soy la peor mujer del mundo”, “por mi culpa mi papá se murió sin despedirse de mí”, “yo no merezco estar viva”, “yo no debí haber nacido”).

Por vinculación combinatoria entendió que ser amada es equivalente a la agresión y a la violencia como opuesto a ser respetada y valorada. Desde esta relación contextual direccionó sus roles de madre y de mujer. Por transformación de funciones y derivación de funciones adquiridas transfirió estas funciones a su novio, a sus hijos y a todas las personas en general, por lo que sentía que todo el mundo le quería hacer daño, incluso sus hijos (“mis hijos al igual que su papá, también me quieren matar”, “todo el mundo se quiere aprovechar de mí”, “todos los hombres son iguales, sólo quieren aprovecharse de uno, hacerle daño y abandonarlo, igual que me ex –esposo”, “mi novio es peor que el papá de mis hijos, porque es más perro que él”). Pero por relación de oposición “protege y cuida” a sus hijos para que nada malo les pase (“*tengo que llamarlos todo el tiempo para estar segura que estén bien, manejo todas sus claves personales y monitoreo sus amistades para que nadie les haga daño*”).

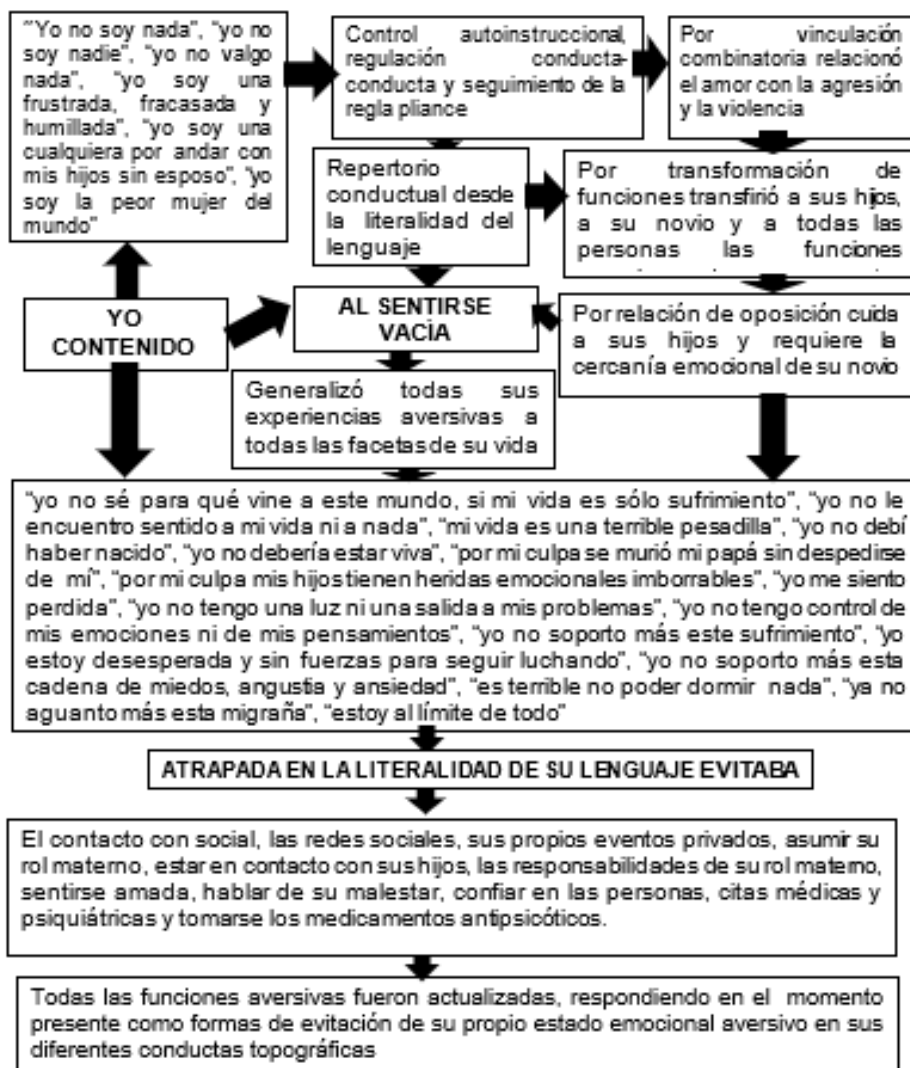
Por la misma relación de oposición sentía la necesidad de tener la cercanía emocional de su novio cada que tenía la crisis, *“yo le digo que él es mi único apoyo, que es el único que logra tranquilizarme cada que me despierto con ese desespero y ese miedo tan terrible”*. De acuerdo con Hayes et al (1996, citados por Luciano, Gutiérrez & Rodríguez, 2005), la relación temporal de oposición, siendo el primero doloroso y el segundo lo que uno quiere, provoca inevitablemente que el dolor presente se viva de manera extremadamente aversiva en tanto que se actúa de acuerdo con las barreras, y, por lo tanto, en contra de lo valioso. Todas estas relaciones de la consultante con su lenguaje actuaron como potentes mantenedores de todos sus problemas conductuales.

Al sentirse vacía por la literalidad del lenguaje y por los marcos de relación establecidos con sus eventos privados en todas las esferas de su vida y actualizados en el momento presente no sólo evitaba los estímulos relacionados con los eventos aversivos, sino que evitaba también sus propios pensamientos que sin diferenciar en el plano de la evitación la palabra del signo y su función o efecto directo o derivado, lo que la llevó a no tomar la perspectiva del yo-contexto en relación al yo-contenido y al yo-proceso, quedando totalmente atrapada en la literalidad de los contenidos.

Otros factores que actuaron como mantenedores de la conducta problema fueron la baja tasa de conductas sociales que tenía E.R. No se relacionaba con nadie, limitaba sus interacciones sociales a actividades estrictamente relacionadas con trabajo, estudio y asistencia a reuniones de sus hijos, producidas por contingencias de extinción y castigo en relación con sus hijos y a su novio. Tenía una tasa de reforzamiento muy bajo, dado que las únicas consecuencias positivas que recibía era la cercanía emocional de sus hijos y de

su novio cuando le daba la crisis, en contraposición a los estímulos aversivos como su propio estado emocional ansioso, depresivo y psicótico, las respuestas de alejamiento emocional de sus hijos como el dejarle de hablar cuando estaban enojados con ella y el de su novio al no responder sus llamadas por Skype, ni sus mensajes enviados a través del WhatsApp. Evitaba cualquier estímulo que la llevara a tener contacto con las personas, porque éstas eran estímulos discriminativos de contingencias de castigo: *“todas las personas me quieren hacer daño”*. “Cuando la respuesta de temor se pone en marcha ante situaciones que realmente no son peligrosas, se trata de una ansiedad patológica” (Echeburúa, 2009, p. 145).

Figura 2. Hipótesis de mantenimiento de los problemas conductuales de E.R.



Impresión diagnóstica

296.34 (F33.3). Trastorno depresivo mayor con último episodio grave, ansiedad grave y características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (diagnóstico diferencial en el anexo 11).

Intervención terapéutica

Tomando en cuenta todos los sucesos descritos por la consultante y teniendo la certeza de que cumplir los objetivos terapéuticos planteados por ella sería contraproducente, se adoptó el modelo terapéutico de la Terapia de Aceptación y Compromiso, porque al centrarse en los valores, la aceptación y el compromiso podía generar cambios en el direccionamiento en la vida de E.R. De acuerdo con este planteamiento la intervención psicológica se direccionó a crear las condiciones necesarias para un cambio contextual, la aceptación psicológica, el fortalecimiento de un yo trascendente y la clarificación de valores como brújula del direccionamiento de su vida, en lugar de intentar disminuir o eliminar la tasa de pensamientos negativos, los niveles de ansiedad, las crisis de pánico al despertar, los delirios de persecución o la psicosis.

Indicadores conductuales

Para la formulación del caso y su respectivo seguimiento se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

Verbalizaciones relacionadas con la ansiedad, las crisis de ansiedad al despertar, alucinaciones y su contenidos, aislamiento social, patrón de desconfianza, miedos, transferencia de funciones aversivas a su novio ya sus hijos, pensamientos de tristeza, angustia, desespero, tristeza, vacío, conductas de evitación, cuya topografía manifestara alguna forma de aceptación o de evitación.

Implicación en acciones puntuales relacionadas con la nueva dirección de vida elegida.

Identificación de áreas valiosas de su vida desatendidas

Esclarecimiento de valores y acciones direccionadas a lo valioso de su vida.

Disminución del control sus eventos privados

Disminución del control verbal sobre la conducta

Objetivos terapéuticos

Alterar las funciones de los pensamientos negativos, provocando un distanciamiento cognitivo, a través de ejercicios experienciales que posibilite a la consultante romper el significado literal de los eventos privados.

Conducir a la consultante a discernir lo valioso de su vida y a direccionar sus acciones a la vivencia de sus experiencias valiosas.

Generar las condiciones para que la consultante experimente y tome conciencia de que el control de sus eventos privados es lo que le ha distanciado del logro de sus objetivos alargando e incrementando su malestar.

Crear una experiencia de conciencia plena que permita a la consultante conectarse con su momento presente para ejercitarse en la autoobservación y aceptación de sus experiencias sin juzgarlas.

Plan de intervención (ver en el apartado del método la sección de *procedimientos* y ver en anexo 12 el desarrollo de las sesiones).

Resultados de la intervención terapéutica

Como resultado global del proceso terapéutico, la consultante logró crear una experiencia del yo contexto desde la que empezó a tomar distancia de sus experiencias

aversivas, romper su anclaje a la literalidad del lenguaje, aceptar lo que no se podía cambiar y caminar en la dirección de lo que consideró valioso en su vida generando nuevos repertorios conductuales y nuevos contextos relacionales.

De esta manera, resignificó su relación parental con sus hijos, tomó conciencia de que el control autoinstruccional era el que la alejaba de las personas que ella consideraba valiosas y en la sesión 24 reportó como acción en la dirección elegida el matrimonio con su novio e inicio de proceso médico para la gestación como trascendencia de su rol de madre.

De igual manera, retomó el proyecto productivo con el apoyo de la universidad para presentar a Fondo Emprender del SENA, mejoró las relaciones con sus clientes, retomó la vida social, normalizó el patrón del sueño y siguió caminando en la dirección elegida, porque como ella misma lo expresó: “yo estoy muy feliz caminando en mis nuevos proyectos”, “sé que los miedos, las tristezas y las experiencias tan terribles vividas en mi infancia me siguen asaltando pero sé que son hechos de mi pasado que debo aceptar y nunca volver a revivir”, “por nada del mundo volveré a ese hueco tan terrible en el que me encontraba”, “Sé que al igual que un niño estoy aprendiendo a caminar pero al igual que ellos que se caen muchas veces y se levantan y luego siguen corriendo hasta coger la habilidad, así es mi nueva vida, estoy aprendiendo a dar mis primeros pasos y no importa cuántas veces me caiga, me levanto y sigo caminando”, “en mí ya nació la semilla de mi nueva vida y cada día la cuido para que siga dando muchos frutos”, “la licuadora de mi mente se sigue prendiendo automáticamente, pero ya sé que soy ya quien la tiene que apagar”.

Estos resultados coincidieron con lo hallado en la segunda aplicación de las escalas psicológicas (ver tabla 2).

Tabla 2.

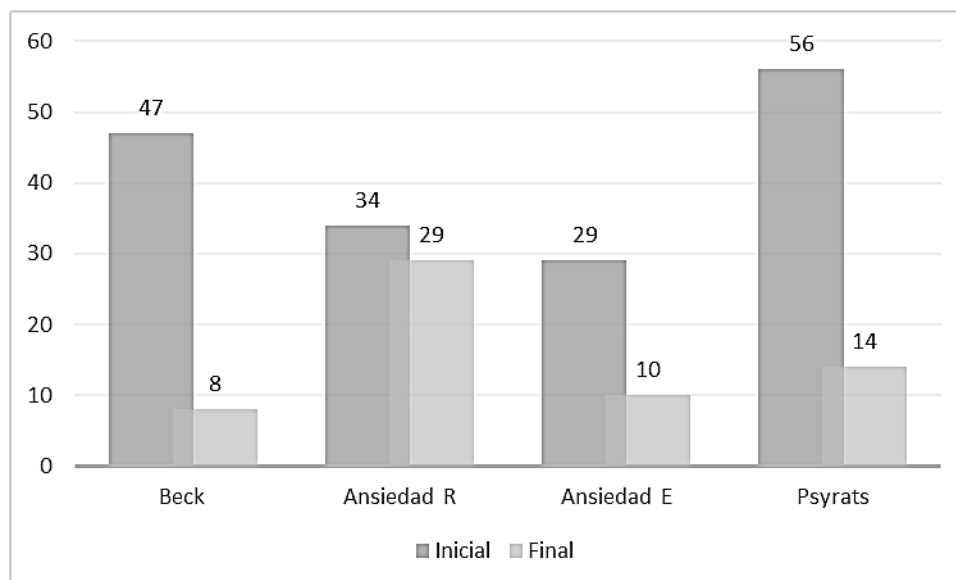
Resultados finales de las evaluaciones en las escalas psicológicas

Escala	Resultados	Interpretación
Inventario de Depresión de Beck	Puntaje total: 8	Sin depresión
Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo	Ansiedad Estado: 10 Ansiedad Rasgo: 29	Ansiedad baja Ansiedad moderada
Escala de Valoración de Síntomas Psicóticos	Puntaje total: 14	Síntomas psicóticos leves
Escala de Activación Conductual para la Depresión	Activación: 33 Evitación: 37 Afectación vida laboral/académica: 25 Afectación vida social: 20 Puntaje total: 115	Alta activación Baja evitación Escaso deterioro laboral Poco deterioro social Mediana activación global
Escala de observación de Recompensa del entorno	Puntaje total: 25	Mejor percepción de las recompensas del ambiente (ambiente reforzante)
Cuestionario de Aceptación y Acción	Puntaje total: 18	Evitación moderada
Cuestionario de Valores	Discrepancia importancia-coherencia: Familia 0 Pareja 2 Hijos 3 Amigos 4 Trabajo 2	Se observó una mejor coherencia entre las dimensiones de la vida que la consultante evaluó como valiosas y el grado en que evaluó las acciones que realizaba para mantener dichas dimensiones (puntajes cercanos a 10 indican alta incoherencia y cercanos a 0 baja incoherencia, alto compromiso)

	Educación	2	
	Diversión	3	
	Espiritualidad	2	
	Comunidad	4	
	Cuidado Físico	4	

A continuación, se presentan los puntajes comparados en las escalas psicológicas, en las cuales se observan las diferencias obtenidas entre la evaluación inicial y la evaluación final

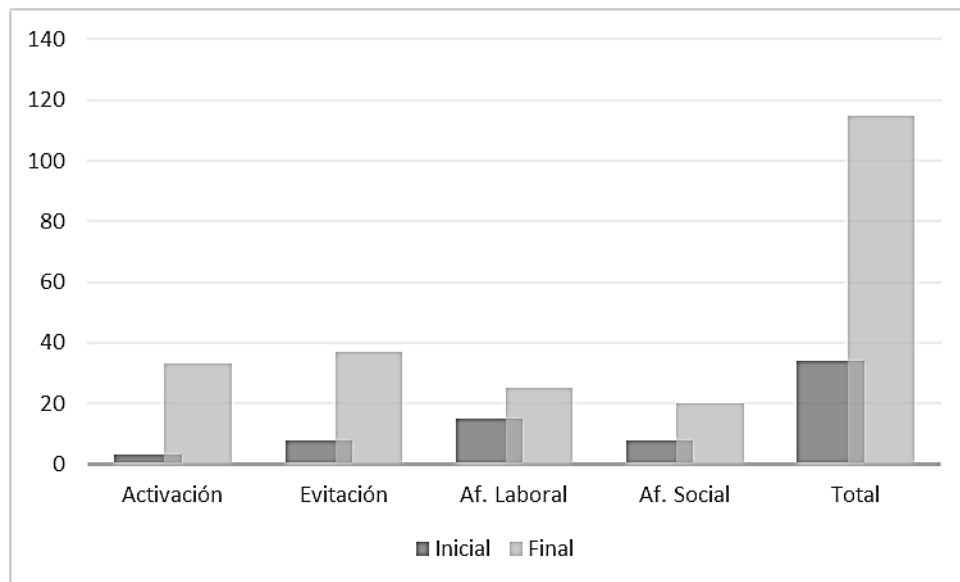
Figura 3. Comparativo de los resultados de los síntomas depresivos, ansiosos y psicóticos



En las escalas clínicas Inventario de depresión de Beck, Escala de Ansiedad Estado/Rasgo y Escala de Valoración de Síntomas Psicóticos, a mayor puntuación mayor

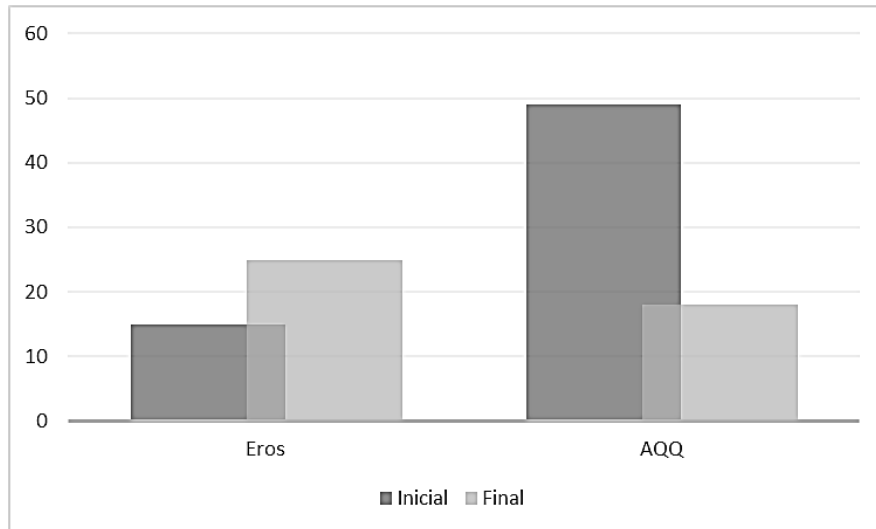
gravedad de los síntomas. En la figura 3 se muestra una disminución en todos los puntajes de las escalas, destacándose una mejora clínica en el BDI-II y el Psyrats.

Figura 4. Comparativo de los resultados en la Escala de Activación Conductual



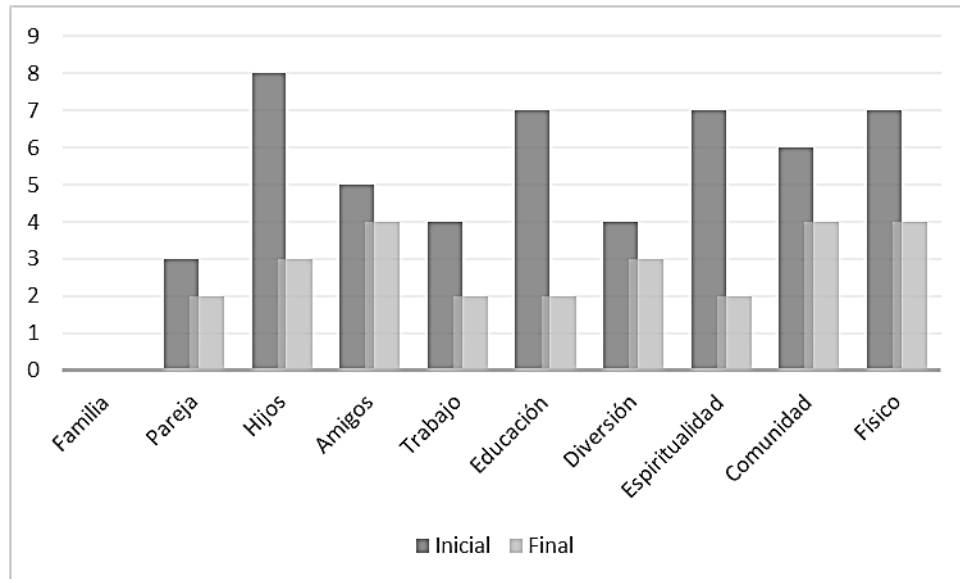
En la Escala de Activación Conductual se evalúan cuatro dimensiones de la vida de las personas, de modo que un mayor puntaje significa un mayor nivel de activación y funcionalidad en estas áreas. En la figura 4 se muestra un aumento de los puntajes en la segunda evaluación con respecto a la primera, infiriéndose mayor funcionalidad en todas las áreas evaluadas con esta prueba.

Figura 5. Comparativo de los resultados en la Escala de Recompensa del Entorno (EROS) y el Cuestionario de Aceptación y Acción (AQQ)



En la Escala de Recompensa del Entorno (EROS) a mayor puntaje mayor percepción del entorno como un ambiente reforzante. En la evaluación final se obtuvo una puntuación de 25 mientras que en la inicial fue de 15, entendiéndose una mejora en la percepción del reforzamiento del entorno por parte de la consultante. Por su parte, en el Cuestionario de Aceptación y Acción (AQQ) a mayor puntuación, mayor evitación; de este modo se interpreta que el nivel de evitación en la consultante disminuyó después del proceso terapéutico, pues inicialmente puntuó 49 y en el reporte final obtuvo 18.

Figura 6. Comparativo de los resultados en el Cuestionario de Valores



Por último, en el Cuestionario de Valores, se evalúa la coherencia entre la importancia que los consultantes le otorgan a algunas dimensiones de su vida y el nivel de compromiso que tienen con estas dimensiones. Las puntuaciones que se acercan a 0 significan un nivel bajo de incoherencia y las que se acercan a 10 un alto nivel de incoherencia. De esta forma, se observó una disminución en el nivel de incoherencia en todas las dimensiones de la vida de la consultante, entendiéndose un mayor nivel de compromiso con éstas.

DISCUSIÓN

El caso clínico que aquí se presentó, según los modelos categoriales tal como se explicó en la evaluación correspondía a un trastorno depresivo mayor con último episodio grave, ansiedad grave y características psicóticas congruentes con el estado de ánimo. El abordaje psicológico de personas con este tipo de diagnósticos se ha venido realizando desde diferentes enfoques y con una gran variedad de estrategias terapéuticas (Roder, Brenner, Hodel & Kienzie, como se citó en Vallina & Lemos, 2001).

Pero el modelo elegido para la intervención del caso tal como se mencionó en la introducción fue el de la Terapia de Aceptación y Compromiso, “como un tratamiento radical del TEE” (García, Luciano, Hernández & Zaldívar, 2004, p. 118), tomando en cuenta las siguientes características del caso: las conductas problema de la consultante (depresión y ansiedad) se habían agudizado desde la infancia y habían adquirido un matiz de severidad en la juventud, llegando a la fase de gravedad (psicosis) en la edad adulta hasta el momento que llegó a consulta, presentando conductas equivalentes a la “evitación experiencial destructiva” (EED), dada la ineficacia de su regulación verbal.

Desde el análisis funcional de la consultante se identificó que había sido socializada con un sistema socioverbal aversivo, desde el que adquirió una relación verbal con los contenidos del yo desde el inicio de su vida. De acuerdo con Barnes-Holmes, Hayes y Dymond (s.f., citados por Wilson et al., 2002) “tan pronto el bebé está en el mundo, comienza el proceso de socialización, y en ello está el aprendizaje de numerosos repertorios relacionales que paulatinamente confluirán en la emergencia de tres dimensiones del yo” (p. 59), en este sentido, la consultante desde la relación con su

yo-contenido adquirió un control autoinstruccional aversivo que la llevó a actuar desde la literalidad de los contenidos de sus eventos privados aversivos, generando en ella un vacío existencial y la emergencia de un sentido de identidad a partir de la relación establecida con los contenidos del yo que la llevaron a direccionar su vida desde este sentido de identidad.

De esta manera, a través de los eventos aversivos de su infancia la consultante relacionó la palabra abandono con el evento abandono, pauta relacional que la llevó a sufrir el flagelo de la violencia conyugal durante diez años. A partir de la separación de su esposo siguió la misma cadena de marcos relacionales propiciados por la relación de su yo contenido y su yo proceso, pero estableciendo nuevos marcos relacionales, en los que la palabra abandono fue relacionada con el evento abandono, la palabra hombre fue relacionada con el sujeto hombre y la palabra violencia fue relacionada con el evento violencia. Siguiendo esta misma red relacional por derivación de funciones, a partir de la separación de su esposo transfirió todas las funciones aversivas obtenidas durante toda la cadena de sus marcos relacionales a todas las personas, a todos los hombres y a sus hijos, reaccionando ante ellos como si el peligro fuera inminente. Como se puede apreciar todas estas respuestas topográficas corresponden al TEE que inició a muy temprana edad y que paulatinamente fue limitando su vida hasta llegar la gravedad de la psicosis. Tal y como refieren Luciano y Hayes (como se citaron en García, Luciano, Hernández & Zaldívar, 2004, p. 118) “si el TEE se convierte en crónico este patrón puede llegar a producir una limitación en la vida de la persona” así mismo y debido a las propiedades reforzantes que tiene la evitación de estímulos negativos, se puede ir acentuando el poder que tiene la

experiencia evitada para que la persona haga siempre lo mismo cuando aparece un pensamiento o un sentimiento que no desea tener: huir. Así, “la conducta de evitación se irá haciendo más fuerte y, a la vez, irá debilitando otras posibles acciones que la persona pudiera hacer ante dicho estímulo” (García & Pérez, 2016, p. 122).

Al seguir como un credo la literalidad de sus pensamientos y las relaciones establecidas en sus diferentes marcos relacionales en los que estuvieron entrelazados los significados de las palabras abandono con el evento abandono, hombre con sujeto hombre y violencia con el evento violencia y desde las respuesta a las palabras como a hechos reales desarrolló el delirio de persecución, las alucinaciones visuales, auditivas, somáticas y táctiles, como una manera de evitar sus propias emociones aversivas, “la evitación experiencial consiste en los intentos por reducir o eliminar el contacto que la persona tiene con sus pensamientos, sentimientos, sensaciones u otros eventos privados que no se desean tener” (Bach & Moran, 2008, como se citó en García & Pérez, 2016, p.101) y “si en los trastornos neuróticos clásicos lo que el paciente trata de evitar es el propio síntoma (ansiedad, obsesiones, tristeza, etc.) en los trastornos psicóticos la evitación experiencial sería mucho más elaborada, de tal forma que el síntoma vendría a ser él mismo una forma de evitación de algún otro problema o cuestión” (García et al, 2004, p. 118).

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo del proceso terapéutico se focalizó en que la consultante clarificara sus valores y estableciera contacto con el yo contextual para que a través de él definiera una nueva identidad en la que su yo trascendiera los roles, pensamientos, emociones y sensaciones con las cuales estaba identificada y de esta

manera aprendiera a estar en contacto con todos sus eventos privados aversivos, rompiendo de este modo “las relaciones conducta-conducta, entre sentir-pensar y hacer” (Wilson, et al, 2002, p. 46) y así, caminara hacia lo que ella consideraba valioso cambiando lo que podía cambiar y aprendiendo a estar abierta a todo lo que no fuese susceptible de cambio y comprometiéndose con las nuevas elecciones de su vida.

Otro logro significativo que E.R, tuvo durante su proceso terapéutico fue la toma de conciencia sobre la necesidad de ser atendida en interconsulta por psiquiatría, debido a que siempre había estado renuente a ser atendida por el personal médico, por lo que ella misma se automedicaba para sus problemas de sueño y migraña. De esta manera, en la quinta sesión presentó evidencias de asistencia a consulta médica y remisión a psiquiatría. Durante el proceso terapéutico se tuvo en cuenta la evolución y el seguimiento que se realizó desde esta área hasta que, debido a la mejora en la sintomatología, fue dada de alta para seguimiento anual.

Todos los resultados que la cliente tuvo a través de este proceso terapéutico coinciden con lo planteado por Luciano y Hayes (s.f., citados por García et al, 2013) quienes afirman que la mejor manera de evaluar un progreso terapéutico si se acompañan de ideas persecutorias, tristeza, ansiedad o cualquier otro síntoma que anteriormente paralizaba la paciente, es observar las acciones que el consultante realiza a pesar de experimentar estos síntomas.

Para concluir, se puede precisar que el fortalecimiento del yo contexto fue el corazón que le dio vida a todo el proceso terapéutico, porque a partir de él la consultante se convirtió en una observadora de su propio proceso, “a medida que se desarrolla la

capacidad de ser consciente de la propia experiencia de manera simple y amable, se desarrolla también la capacidad de aceptarla, así como de soltarla o dejarla ir” (Miró, Arceo & Ibáñez, 2016, p. 37). De esta manera, E.R, encontró en la experiencia de la trascendencia del yo las estrategias para tomar conciencia de los momentos en los que la relación con los contenidos del yo la devolvían a la literalidad de los contenidos de sus propios pensamientos. Esto último fue sumamente valioso para el afrontamiento de las recaídas que tuvo durante el proceso, y de igual manera serán de utilidad en el futuro.

Por último, cabe mencionar que una de las limitaciones que se tuvo durante el proceso de intervención fue la dificultad de la consultante en adquirir el hábito de diligenciar periódicamente los autorregistros, razón por la que la terapeuta tomó la decisión de realizar sus propios registros de acuerdo con la observación de la consultante, de lo que ocurría en el proceso terapéutico y de la información que ella reportaba. Otra limitación significativa fue la escasez de literatura específica en intervenciones puntuales en el trastorno depresivo mayor con características psicóticas. Abundan estudios relacionados con el espectro de la esquizofrenia, o de alucinaciones o de delirios, o de los trastornos del estado de ánimo, pero con intervenciones a nivel independiente de las diferentes entidades diagnósticas. Finalmente, como aspectos individuales del terapeuta se debe mencionar la inexperiencia en intervención clínica y el desconocimiento inicial del modelo terapéutico, el cual se estudió en el programa académico de la especialización.

CONCLUSIONES

La socialización de la consultante bajo un sistema socioverbal aversivo y destructivo moldeó en ella un patrón de conducta rígido e inflexible, caracterizado por el seguimiento de la regla *pliance* desde el que generó un repertorio conductual autoinstruccional cimentado en un vacío existencial en el que se autopercibía como persona sin valía, sin identidad, sin merecimientos, abandonada, indefensa y sin derecho a estar viva. Desde estos constructos personales la consultante configuró los contenidos de su yo y los siguió literalmente como un credo, actuando ante las palabras como si fueron hechos reales. En consecuencia, se empezó a desarrollar un TEE con síntomas depresivos, ansiosos y psicóticos que agravaron su sufrimiento y disminuyeron su capacidad de adaptación.

A través de las diferentes técnicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso, E.R., logró romper la respuesta a la literalidad de sus contenidos, distanciarse cognitivamente de todos sus eventos privados, aceptar lo que no se podía cambiar y desde

la relación con el yo contextual logró ver su vida en perspectiva, esclarecer sus valores, caminar en dirección hacia ellos, ser una observadora de sus propios eventos privados, autotranscenderlos y transitar por el camino que ella consideró personalmente valioso, estableciendo nuevos repertorios conductuales y nuevos marcos relacionales desde los que direcciona sus acciones hacia las rutas elegidas.

Los instrumentos de evaluación aplicados en la sesión de seguimiento dieron cuenta de los logros obtenidos por la consultante. De esta manera se observó en el Inventario de Depresión de Beck un puntaje que indica la desaparición de la depresión. La escala de medición de la ansiedad (STAI), también se pudo observar el descenso de los niveles ansiógenos pasando de ansiedad moderada a ansiedad baja en ansiedad – estado y en ansiedad-rasgo pasó de ansiedad alta a ansiedad moderada. En la Escala de Valoración de los síntomas psicóticos pasó de síntomas graves a síntomas leves. En la Escala de Activación Conductual para la Depresión se puede apreciar el ascenso de baja activación a alta activación, resultados que coinciden con las acciones que E.R. realizó en dirección a lo valioso de su vida durante el proceso de intervención.

Se puede concluir que ACT demostró ser eficaz en la intervención del TEE manifestado en las diferentes topografías que se presentaron en este caso y que, a su vez, son áreas en las que este modelo terapéutico cuenta con gran respaldo práctico por su capacidad de posibilitar cambios contextuales y conductuales que movilizan a los consultantes a direccionar su vida en dirección a la ruta elegida.

RECOMENDACIONES

El proceso terapéutico se dio por finalizado con resultados favorables para la consultante, pero debido a la gravedad del diagnóstico se recomienda hacer seguimiento, a los seis meses al año y medio, a los dos años y a los tres años para evaluar si los cambios conductuales permanecen en el tiempo y en los diferentes contextos.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- DSM-5*. (5ª edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A.T., & Alford, B.D. (2009). *Depression causes and treatment*. (2ª edición). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión*. Madrid: Desclée De Brouwer.
- Bianchi-Salguero, J., & Muñoz-Martínez, A. (2014). Activación conductual: Revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia, Avances de la Disciplina*, 8(2), 83-93.
- Caro, I. (2016). La terapia lingüística de evaluación y la terapia de aceptación y compromiso: una reflexión teórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25, (2), 113-124.
- Correa D., & Jadresic, M. (2005). *Psicopatología de la mujer*. Santiago de Chile: Ediciones Mediterráneo LTDA.
- Deacon, B. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846-861. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>
- Dean, J., & Keshavan, M. (2017). The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian Journal of Psychiatry*, 27, 101-111. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.01.025>.
- Echeburúa, E. (2009). *Superar un trauma*. Madrid: ediciones Pirámide.
- Frías, M., & Gaxiola, J. (2008). Consecuencias de la violencia familiar experimentada directa e indirectamente en niños: depresión, ansiedad, conducta antisocial y ejecución académica. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(2), 237-248.
- García, J., & Pérez, M. (2001). ACT como tratamiento de síntomas psicóticos. El caso de las alucinaciones auditivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 455-472.

- García, J., & Pérez, M. (2005). Fundamentación experimental y primeras aplicaciones clínicas de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el campo de los síntomas psicóticos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 379-393.
- García, J., Luciano, M., Hernández, M., & Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de Caso. *Psicothema*, 16, (1), 117-124.
- García, J., & Pérez, M. (2016). Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada a la esquizofrenia. Estado actual y direcciones futuras. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 42(165), 165-166, 99-119.
- García-Toro, M., & Aguirre, I. (2007). Biopsychosocial model in depression revisited. *Medical Hypotheses*, 68(3), 683-691.
- Gómez, S., López, F., & Meza, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 491-507
- Hayes, S., Barlow, D., & Nelson-Gray, R. (1999). *The Scientist Practitioner: Research and Accountability in the Age of Managed Care*. Michigan: Allyn and Bacon.
- Hayes, S., & Spencer, S. (2013). *Sal de tu mente entra en tu vida*. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso. Oakland, USA: Desclée de Brouwer.
- Luciano, M., Gutiérrez, O., & Rodríguez, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 333-358.
- Luciano, M., Páez, M., & Valdivia, S. (2010). La terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal and Health Psychology*, 10(1), 141-165.
- Luciano, M., & Valdivia, S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT), fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 2 (2), 79-91.
- Ministerio de Salud. (2017). *Boletín de Salud Mental, Depresión, Subdirección de Enfermedades no transmisibles*. (N° 1). Recuperado de: [http:// www.minsalud.gov.co/depresion](http://www.minsalud.gov.co/depresion). (Consultada el 30 marzo de 2017).
- Miró, M., Arceo, J., & Ibáñez, I. (2016). Mindfulness en la psicosis: un estudio piloto. *Revista de psicoterapia*, 27(103), 37-56.

- Ordóñez, M., & González, P. (2012). Las víctimas invisibles de la violencia de género. *Revista Clínica Médico Familiar*, 5(1), 30-36.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Informe sobre la salud mental*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
- Páez, M., & Gutiérrez, O. (2014). *Múltiples usos de la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rhee, S. (2017). Structural determinist aspects of depression in Freud's "Mourning and Melancholia". *Psychoanalytic Social Work*, 24(2). Doi: <https://doi.org/10.1080/15228878.2017.1321998>.
- Rueda, M., Díaz, L., & Rueda, G. (2008). Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(2), 159-168.
- Ruiz, L., Cangas, J., & Barbero, A. (2014). Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 445-458.
- Shawyer, F., Farhall, J., Thomas, N., Hayes, S., Gallop, R., Copolov, D., & Castle, D. (2017). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 140-148. doi:10.1192/bjp.bp.116.182865
- Sanz, J., García, M., Espinoza, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.
- Vallina, O., & Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 345-364.
- Valderrama, M., Bianchi, J., & Villalba, J. (2016). Validación de la Environmental Reward Observation Scale (EROS) en población colombiana. *Universitas Psychologica*, 15(4), DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-4>. Vero.
- Vázquez, A. (2007). Relación entre violencia y depresión en mujeres. *Revista de Neuropsiquiatría*, 70(1), 88-95.
- Wilson, K., & Luciano, M. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso. (ACT). Un tratamiento Conductual orientado a los valores*. Madrid, España: ediciones Pirámide.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

Nombre del profesional de la práctica: _____

Profesión: _____ T.P. No: _____

Yo, _____ identificado/a
 con documento No: _____ de: _____ por
 medio de la presente acepto recibir el acompañamiento psicológico brindado en
 _____ a cargo de la/el profesional _____
 _____ teniendo pleno conocimiento que es estudiante en
 práctica de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia
 Bolivariana.

Acepto que el proceso de acompañamiento sea llevado por el/la profesional ya
 mencionado (a). Entiendo de igual forma que este (a) profesional es supervisado (a) por
 una asesora de práctica y que por lo tanto, mi (nuestra) situación personal y familiar será
 discutida con ella y un equipo de supervisión.

Entiendo que toda la información concerniente a mi proceso de acompañamiento
 psicológico es confidencial y no será divulgada ni entregada a otra institución o individuo
 sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una
 autoridad competente. También entiendo y por lo tanto, estoy de acuerdo con la
 necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse
 situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o de algún

miembro de la comunidad. La valoración de la gravedad de la situación que permitirá quebrantar el principio de confidencialidad será determinada por la profesional que desarrolla el acompañamiento, su supervisora y la institución

_____ mediante concepto escrito que será puesto en nuestro conocimiento, pero que no tiene que contar con nuestra autorización expresa.

Autorizo (autorizamos) a el/la profesional para que consulte mi/ nuestro caso con otros profesionales de la institución _____ o terceros expertos o remitirlo a consulta con especialistas para brindar el mejor tratamiento posible. El resultado de dicha consulta me será comunicado verbalmente.

En forma expresa manifiesto a usted que he leído y comprendido integralmente este documento y las consecuencias que de él se deriven.

En constancia se firma en _____ a los ____ días del mes _____ del año 20_____.

FIRMA: _____

C.C. No. _____

FIRMA: _____

Profesional-practicante Especialización en Psicología Clínica

T.P

Anexo 2. Historia Clínica

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA

1. DATOS PERSONALES

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Estado civil:

Documento de identidad: C.C.

Estrato:

Lugar de nacimiento:

Dirección actual:

Teléfono fijo:

Teléfono celular:

Carrera:

Semestre:

Ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico:

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. CONDUCTAS PROBLEMA

4. DESCRIPCION DE LA HISTORIA DE VIDA

5. CONTEXTO

CONTEXTO	DESCRIPCIÓN
<i>Familiar</i>	
<i>Social</i>	

PROCESOS	ESPECIFICACION
<i>Biológico</i>	
<i>Aprendizaje</i>	
<i>Motivación</i>	
<i>Emoción y afecto</i>	
<i>Ocupacional</i>	
<i>Salud</i>	
<i>Recreación</i>	
<i>Sexual</i>	
<i>Académico</i>	

6. ANÁLISIS

Evaluación sincrónica

Evaluación diacrónica (antecedentes)

7. PROCESOS

8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

9. OBJETIVOS TERAPEÚTICOS

10. PLAN DE INTERVENCIÓN

11. SEGUIMIENTO

Anexo 3. Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS)

(Haddock, McCarron, Tarrier y Faragher, 1999)

ALUCINACIONES

Instrucciones generales

*La siguiente entrevista estructurada está diseñada para elicitación de detalles específicos que tenga en cuenta diferentes dimensiones de las alucinaciones auditivas. Cuando se hacen las preguntas, la entrevista está diseñada para valorar las experiencias del paciente en la **última semana** para la mayoría de los ítems. Hay dos excepciones para esto, por ejemplo, cuando se pregunta sobre las creencias que tienen que ver con las causas de las voces, se valoran las respuestas de los pacientes basadas en lo que ellos creen en el momento de ser entrevistados. La intensidad de las voces también sería valorado de acuerdo con la intensidad de las voces en el momento de la entrevista o en el último momento en el que el paciente la experimentó.*

Criterios de puntuación.

1. Frecuencia

¿Con qué frecuencia escuchas voces? (por ejemplo, cada día, a lo largo de todo el día).

0. Las voces no se presentan o se presenta menos de una vez a la semana.
1. Las voces ocurren al menos una vez a la semana.
2. Las voces ocurren al menos una vez al día.
3. Las voces ocurren al menos una vez a la hora.
4. Las voces ocurren continuamente o casi constantemente, por ejemplo, sólo paran unos pocos segundos o minutos.

2. Duración

Cuándo escuchas tus voces, ¿Cuánto tiempo duran? (por ejemplo, unos pocos segundos, minutos, todo el día).

0. Las voces no se presentan.
1. Las voces duran unos pocos segundos, son fugaces.
2. Las voces duran unos pocos minutos.
3. Las voces duran al menos una hora.
4. Las voces duran cuatro horas a la vez.

3. Localización

Cuándo escuchas tus voces ¿De dónde te parecen que vienen? ¿De dentro de tu cabeza o de fuera de tu cabeza? Si te parecen que vienen de fuera de tu cabeza, ¿de dónde te parecen que vienen?

0. Las voces no se presentan.
1. Las voces parecen estar solamente dentro de la cabeza.
2. Las voces están fuera de la cabeza, pero cerca de los oídos o cara. Las voces también pueden estar dentro de la cabeza.
3. Las voces parecen como si estuvieran dentro o cerca de los oídos y fuera de la cabeza lejos de los oídos.
4. Las voces parecen estar solamente fuera de la cabeza.

4. Intensidad

¿Son muy fuertes tus voces? ¿Las escuchas más fuerte que tu propia voz o son más calladas, como un cuchicheo?

0. Las voces no se presentan
1. La intensidad de las voces es más baja que la propia voz, son susurros.
2. Más o menos de igual intensidad que la propia voz.
3. Más alta que la propia voz.
4. Extremadamente alta, gritan.

5. Creencias sobre la procedencia de las voces

¿Qué crees que produce o causa tus voces? ¿Son producidas por factores relacionados contigo mismo o debido a otras personas o factores externos?

Si el paciente expresa un origen externo: ¿En qué medida crees que tus voces son causadas por..... (añade la atribución del paciente) sobre una escala de 0 a 100, siendo 100 que estás totalmente convencido, que no tiene dudas y 0 que no estás completamente convencido?

0. Las voces no se presentan.
1. El paciente cree que las voces son solamente generadas internamente y relacionadas con el yo.
2. El paciente mantiene una convicción menor del 50% de que las voces son originadas por causas externas.
3. El paciente mantiene una convicción del 50% o más (pero menos del 100%), de que las voces son originadas por causas externas.
4. El paciente cree que las voces son solamente debidas a causas externas (100% de convicción).

6. Cantidad de contenido negativo de las voces.

¿Las voces te dicen cosas desagradables o negativas? ¿Puedes darme algún ejemplo de lo que te dicen las voces? (registra los ejemplos) ¿Cuántas veces las voces te dicen ese tipo de cosas desagradables o negativas?

0. Las voces no presentan un contenido desagradable.
1. Presentan ocasionalmente un contenido desagradable.
2. Una minoría de las voces presentan un contenido desagradable o negativo (menos del 50%).
3. La mayoría de las voces presentan un contenido desagradable o negativo (50% o más).
4. El contenido de todas las voces es desagradable y negativo.

7. Grado del contenido negativo.

(Valorar usando los criterios sobre una escala, pidiéndole al paciente que los detalle más si es necesario).

0. Las voces no presentan un contenido desagradable o negativo.
1. Las voces presentan algún grado de contenido negativo, pero no son comentarios personales relacionados con el yo o la familia, por ejemplo, palabrotas o comentarios no dirigidos al yo ("el lechero es peligroso").
2. El contenido de las voces son insultos personales, comentarios sobre la conducta, por ejemplo, "no deberías hacer esto", "no digas esto".
3. El contenido de las voces son insultos personales relacionados con el autoconcepto, por ejemplo, "perezoso", "feo", "loco", "pervertido".
4. El contenido de las voces son amenazas personales al yo, por ejemplo, amenazas de dañar al yo o a la familia, instrucciones extremas u órdenes de dañarse a sí mismo u a otros e insultos personales como en el ítem número 3.

8. Cantidad de angustia.

¿Son tus voces angustiantes? ¿Por cuánto tiempo son angustiantes?

0. Las voces no son totalmente angustiantes.
1. Las voces ocasionalmente son angustiantes, la mayoría no lo son. (<10%)
2. Se presentan igual cantidad de voces angustiantes y no angustiantes. (50%)
3. La mayoría de las voces son angustiantes, una minoría no lo son. (>50%)
4. Las voces son siempre angustiantes.

9. Intensidad de la angustia.

Cuando las voces son angustiantes, ¿cuánta angustia te causan? ¿Te causan una angustia mínima, moderada o grave?, ¿Son las más angustiantes que jamás has tenido?

0. Las voces no son totalmente angustiantes.
1. Las voces son ligeramente angustiantes.
2. Las voces son moderadamente angustiantes.
3. Las voces son muy angustiantes, aunque el paciente podría sentirse peor.
4. Las voces son extremadamente angustiantes, el paciente no puede sentirse peor.

10. Trastorno causado por las voces en la vida del paciente.

¿Causan las voces mucho trastorno en tu vida diaria? ¿Las voces te impiden trabajar o hacer otras actividades diarias? ¿Interfieren en tus relaciones con amigos y/o familiares? ¿Ellas te impiden que te cuides a ti mismo, por ejemplo, bañarte, cambiarte de ropa, etc.?

0. Las voces no producen un trastorno en la vida diaria del paciente, es capaz de mantener una vida independiente sin problemas en las habilidades para la vida diaria.
1. Las voces causan un mínimo trastorno en la vida del paciente, por ejemplo, interfieren en la concentración aunque es capaz de mantener las actividades de la vida diaria y las relaciones sociales y familiares, es capaz de mantener vida independiente sin apoyo.
2. Las voces provocan una cantidad moderada de trastorno en la vida del paciente, causando alguna perturbación en la actividad diaria y/o en las actividades familiares y sociales. El paciente no está en el hospital aunque puede vivir en un alojamiento protegido o recibir ayuda adicional en las habilidades de la vida diaria.

3. Las voces provocan un trastorno severo en la vida del paciente de forma que su hospitalización es normalmente necesaria. El paciente es capaz de mantener algunas actividades diarias, auto-cuidado y relaciones durante su estancia en el hospital. El paciente puede también estar en un alojamiento protegido pero experimentando una severa perturbación de la vida en términos actividades, habilidades para la vida diaria y/o relaciones.
4. Las voces provocan un completo trastorno en la vida diaria del paciente requiriendo hospitalización. Es incapaz de mantener actividades y relaciones sociales. El auto-cuidado está también gravemente trastornado.

11. Control sobre las voces.

¿Piensas que tienes algún control sobre las voces para que ocurran? ¿Puedes a voluntad disminuir o aumentar las voces?

0. El paciente cree que tiene control sobre las voces y puede siempre provocarlas y eliminarlas a voluntad.
 1. El paciente cree que tiene algún control sobre las voces en la mayoría de las ocasiones.
 2. El paciente cree que tiene algún control sobre las voces aproximadamente la mitad de las veces.
 3. El paciente cree que tiene algún control sobre las voces pero solo ocasionalmente. La mayoría de las veces el paciente experimenta voces incontrolables.
 4. El paciente no tiene ningún control sobre la ocurrencia de las voces y no puede disminuirlas o aumentarlas.

DELIRIOS

Instrucciones generales

*La siguiente entrevista estructurada está diseñada para elicitación de detalles específicos que tenga en cuenta diferentes dimensiones de las creencias delirantes. Cuando se hacen las preguntas, la entrevista está diseñada para valorar las experiencias del paciente en la **última semana** para la mayoría de los ítems. Hay una excepción para esto. Cuando valoramos la convicción, preguntar al paciente su convicción en el momento de la entrevista.*

Criterios de puntuación

1. Cantidad de preocupación sobre los delirios.

¿Cuánto tiempo dedicas a pensar en tus creencias? (todo el tiempo, diariamente, semanalmente, etc.)

0. El paciente no refiere delirios o refiere pensar en ellos menos de una vez a la semana.

1. El paciente piensa en sus creencias al menos una vez a la semana.
2. El paciente piensa en sus creencias al menos una vez al día.
3. El paciente piensa en sus creencias al menos una vez a la hora.
4. El paciente piensa en sus delirios continuamente o casi constantemente.

2. Duración de la preocupación con los delirios.

Cuando piensas en tus creencias, ¿cuánto tiempo piensas en ellas? (unos pocos segundos, minutos, horas, etc.)

0. El paciente no refiere ningún delirio.

1. Los pensamientos sobre las creencias duran unos pocos segundos, son pensamientos fugaces.
2. Los pensamientos sobre las creencias duran varios minutos.
3. Los pensamientos sobre las creencias duran al menos una hora.
4. Los pensamientos sobre las creencias normalmente duran varias horas a la vez.

3. Convicción (en el momento de la entrevista).

En este momento, ¿qué grado de convicción tienes que tus creencias son verdaderas?, ¿Puedes valorarlas en una escala de 0 a 100, donde 100 significa que estás totalmente convencido de que tus creencias son auténticas y 0 significa que no estás convencido de ellas?

0. El paciente no está convencido de sus creencias.

1. Muy poca convicción en la realidad de sus creencias, menos del 10%.
2. Algunas dudas con relación a la convicción de sus creencias, entre 10 y 49%.
3. La convicción en sus creencias es muy fuerte, entre 50 y 99%.
4. La convicción es del 100%.

4. Cantidad de angustia.

¿Te causan angustia tus creencias? ¿Cuántas veces te provocan angustia?

0. Las creencias nunca provocan angustia.

1. Las creencias provocan angustia en unas pocas ocasiones.
2. Las creencias provocan angustia aproximadamente en el 50% de las ocasiones.

3. Las creencias provocan angustia en la mayoría de las ocasiones, esto es, entre el 50 y 99% de las veces.

4. Las creencias siempre provocan angustia cuando ocurren.

5. Intensidad de la angustia.

Cuando tus creencias te provocan angustia, ¿con qué grado de intensidad lo sientes?

0. Las creencias no provocan angustia.

1. Las creencias provocan una ligera angustia.

2. Las creencias provocan una moderada angustia.

3. Las creencias provocan una marcada angustia.

4. Las creencias provocan una angustia extrema, no pueden ser peor.

6. Trastorno en la vida diaria causado por las creencias.

¿Cuánto trastorno te provocan tus creencias en tu vida diaria? ¿Te impiden trabajar o hacer otras actividades diarias? ¿Interfieren en tus relaciones con amigos y/o familiares? ¿Te interfieren en tus habilidades para cuidarte a ti mismo, por ejemplo, bañarte, cambiarte de ropa, etc.?

0. Las creencias no trastornan su vida, es capaz de mantener una vida independiente sin problemas en las habilidades para la vida diaria. Es capaz de mantener relaciones familiares y sociales (si se presentan).

1. Las creencias provocan una mínima cantidad de trastorno de la vida diaria, por ejemplo, interfieren en la concentración aunque es capaz de mantener las actividades diarias y las relaciones sociales y familiares y también es capaz de mantener una vida independiente sin apoyo.

2. Las creencias provocan una cantidad moderada de trastorno en la vida, causando algún trastorno en las actividades diarias y/o en las actividades sociales o familiares. El paciente no está ingresado en el hospital aunque puede vivir en recurso protegido o recibir ayuda adicional en las habilidades para la vida diaria.

3. Las creencias provocan un trastorno severo en la vida del paciente, de forma que la hospitalización es normalmente necesaria. Es capaz de mantener algunas actividades diarias, auto-cuidado y relaciones durante su estancia en el hospital. El paciente puede también estar en recurso protegido pero experimentando un trastorno severo en su vida con relación a actividades, habilidades para la vida diaria, y/o relaciones.

4. Las creencias provocan un completo trastorno en su vida diaria siendo necesario la hospitalización. El paciente es incapaz de mantener cualquier actividad diaria y relaciones sociales. El auto-cuidado está gravemente trastornado.

HOJA DE PUNTUACIÓN DE LOS DELIRIOS

Nombre:

Edad:

Sexo: V / M

Diagnóstico:

Tiempo que ha experimentado las creencias (años):

Por favor, especificar las creencias delirantes del paciente:

Ítems	Puntuación
1 Cantidad de preocupación	
2. Duración de la preocupación	
3. Convicción	
4. Cantidad de angustia	
5. Intensidad de la angustia	
6. Trastorno	

HOJA DE PUNTUACIÓN DE LAS ALUCINACIONES

Nombre:

Edad:

Sexo: V / M

Diagnóstico:

Tiempo que ha estado experimentando las voces (años):

Alucinaciones de otras modalidades: Visual / Olfativa /Gustativa / Táctil

Ítems	Puntuación
1. Frecuencia	
2. Duración	
3. Localización	
4. Intensidad	
5. Creencias sobre procedencia	
6. Cantidad de contenido negativo	
7. Grado de contenido negativo	
8. Cantidad de angustia	
9. Intensidad de la angustia	
10. Trastorno	
11. Control sobre las voces	

NUMERO DE VOCES

¿Cuántas voces diferentes has escuchado en la última semana?

Número de voces:

FORMA DE LAS VOCES

- En primera persona: SI / NO (N=)
- En segunda persona: SI / NO (N=)
- En tercera persona: SI / NO (N=)
- Palabras únicas o frases sin pronombres: SI / NO (N=)

Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck versión II (IDB-II)

BDI II

ID:

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Sexo: 1. Masculino 2. Femenino Fecha de nacimiento: _____

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

1 TRISTEZA

- 0. No me siento triste habitualmente.
- 1. Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2. Me siento triste continuamente.
- 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2 PESIMISMO

- 0. No estoy desanimado sobre mi futuro.
- 1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2. No espero que las cosas me salgan bien.
- 3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

3 SENTIMIENTOS DE FRACASO

- 0. No me siento fracasado.
- 1. He fracasado más de lo que debería.
- 2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
- 3. Me siento una persona totalmente fracasado.

4 PÉRDIDA DE PLACER

- 0. Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- 3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5 SENTIMIENTOS DE CULPA

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
- 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3. Me siento culpable constantemente.

6 SENTIMIENTOS DE CASTIGO

- 0. No siento que esté siendo castigado.
- 1. Siento que puedo ser castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7 INSATISFACCION CON UNO MISMO

- 0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
- 1. He perdido confianza en mí mismo.
- 2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3. No me gusta.

8 AUTO - CRÍTICAS

- 0. No me critico o me culpo más que antes.
- 1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
- 2. Me critico por todos mis defectos.
- 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9 PENSAMIENTOS O DESEOS DE SUICIDIO

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.

2. Me gustaría suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10 LLANTO

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
1. Lloro más de lo que solía hacerlo.
2. Lloro por cualquier cosa.
3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

11 AGITACION

0. No estoy más inquieto o tenso que de costumbre.
1. Me siento más inquieto o tenso que de costumbre.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12 PÉRDIDA DE INTERÉS

0. No he perdido el interés por otras personas o actividades.
1. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
3. Me resulta difícil interesarme en algo.

13 INDECISION

0. Tomo decisiones como siempre.
1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
2. Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14 INUTILIDAD

0. No me siento inútil.
1. No me considero tan valioso y útil como solía ser.
2. Me siento inútil en comparación con otras personas.

3. Me siento completamente inútil.

15 PÉRDIDA DE ENERGÍA

0. Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía de la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.

3. No tengo suficiente energía para hacer nada.

16 CAMBIOS EN EL PATRÓN DE SUEÑO

0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

1a. Duermo algo más de lo habitual.

1b. Duermo algo menos de lo habitual.

2a. Duermo mucho más de lo habitual.

2b. Duermo mucho menos de lo habitual.

3a. Duermo la mayor parte del día.

3b. Me despierto 1 ó 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17 IRRITABILIDAD

0. No estoy más irritable de lo habitual.

1. Estoy más irritable de lo habitual.

2. Estoy mucho más irritable de lo habitual.

3. Estoy irritable continuamente.

18 CAMBIOS EN EL APETITO

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a. Mi apetito es algo menor de lo habitual.

1b. Mi apetito es algo mayor de lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que antes.

3a. He perdido completamente el apetito.

3b. Tengo ganas de comer continuamente.

19 DIFICULTAD DE CONCENTRACION

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
3. No puedo concentrarme en nada.

20 CANSANCIO O FATIGA

0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21 PÉRDIDA DE INTERÉS POR EL SEXO

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

Anexo 5. Escala de Activación Conductual para la depresión

Behavioral Activation for Depression Scale: BADS (Kanter et al., 2007).

Adaptación al español de Barraca, (Pérez-Álvarez y Lozano-Bleda, 2011).

	En absoluto						Completamente cierto							
	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
1. Me quedé en la cama demasiado tiempo, aunque sabía que tenía cosas pendientes.	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
2. Había ciertas cosas que tenía que hacer y que no hice	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
3. Estoy contento por el tipo y la cantidad de cosas que hice	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
4. Me comprometí con una serie de actividades amplia y variada	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
5. Acerté en mis decisiones sobre el tipo de actividades y situaciones en las que me metí	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
6. No paré, pero no cumplí con ninguna de las metas que me había puesto para cada día	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
7. Me moví y cumplí las metas que me había fijado	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
8. La mayor parte de lo que hice fue para escaparme o evitar lo que me fastidiaba	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
9. Hice cosas para evitar la tristeza y otras emociones dolorosas	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
10. Traté de no pensar en ciertas cosas	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
11. Hice cosas incluso a pesar de lo que costaba hacerlas porque tenían que ver con mis objetivos a largo plazo	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
12. Llevé a cabo una tarea ardua pero que merecía la pena	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
13. Perdí mucho tiempo dando vueltas a mis problemas	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
14. Pasé tiempo tratando de encontrar algún modo de resolver cierto problema, pero no llegué a poner en práctica ninguna de las posibles soluciones	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
15. Con frecuencia perdí tiempo pensando en mi pasado, en gente que me había herido, en errores que había cometido, y en lo malo de mi vida	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
16. No vi a ninguno de mis amigos	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
17. Estuve encerrado en mí mismo y callado, incluso entre gente a la que conozco bien	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
18. No estuve nada sociable, a pesar de las oportunidades que tuve	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
19. Ahuyenté a la gente con mi negatividad	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
20. Hice cosas para aislarme del resto de la gente	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
21. Robé tiempo a las clases / al trabajo / sencillamente porque estaba muy cansado o no me sentía con ganas de ir	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
22. Mi trabajo / deberes / obligaciones / responsabilidades se resintieron porque me faltó la energía que necesitaba	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
23. Organicé mis actividades diarias	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
24. Me ocupé sólo de actividades que me distrajeran lo bastante como para no sentirme mal	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
25. Me empecé a encontrar mal cuando otros de alrededor hablaron de sentimientos y experiencias negativos	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6

Anexo 6. Inventario de Ansiedad Estado Rasgo State-Trait Anxiety

Inventory, STAI) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970)

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY, STAI)

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted ahora mismo*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	<u>Nada</u>	<u>Algo</u>	<u>Bastante</u>	<u>Mucho</u>
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3

18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted en general*, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	<u>Casi nunca</u>	<u>A veces</u>	<u>A menudo</u>	<u>Casi siempre</u>
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3

29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

Anexo 7. Cuestionario de valores (Wilson et al, 2002)

CUESTIONARIO DE VALORES

IMPORTANCIA

A continuación, se presentan varias áreas o ámbitos de la vida que son importantes para algunas personas. En este punto, nuestro interés es conocer su calidad de vida en cada una de estas áreas. Uno de los aspectos que se refieren a la calidad de vida es la importancia que uno le da a las diferentes áreas de la vida. Marque la importancia de cada área en una escala del 1 al 10 rodeando con un círculo. 1 significa que esa área no es nada importante para usted y 10 significa que ese ámbito de su vida es muy importante. Conviene que sepa que estas áreas no son importantes para todo el mundo y además que el valor que cada persona da a estas áreas es algo muy personal. Lo importante es que lo valore en función de la importancia que para usted personalmente tenga cada una de ellas.

CONSISTENCIA

Ahora nos gustaría que estimara el grado en el que ha sido consistente con cada uno de sus valores. No le estamos preguntando sobre cómo le gustaría idealmente haberse comportado en cada área. Ni tampoco le estamos preguntando lo que otros piensan de usted. Todos lo hacen mejor en unas áreas que en otras. Queremos saber cómo cree que

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

lo ha estado haciendo durante la semana pasada. Marque usando una escala de 1 a 10, rodeando con un círculo, donde 1 significa que sus acciones han sido completamente inconsistentes con sus valores y 10 significa que sus acciones han sido completamente consistentes con tus valores.

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

Anexo 8. Escala de observación de Recompensa del entorno EROS

Environmental Reward Observation Scale: EROS (Armento y Hopko, 2007)

Adaptación al español de Barraca y Pérez-Álvarez, 2010).

	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
1. Muchas actividades de mi vida son agradables	1	2	3	4	
2. Últimamente, me he dado cuenta de que las cosas que vivo me hacen infeliz (*)	1	2	3	4	
3. En general, estoy muy satisfecho con la forma en que empleo mi tiempo	1	2	3	4	
4. Me resulta fácil encontrar con qué disfrutar en la vida	1	2	3	4	
5. Otras personas parecen tener vidas más plenas (*)	1	2	3	4	
6. Ya no me resultan gratificantes actividades que antes me agradaban (*)	1	2	3	4	
7. Desearía encontrar más aficiones que me divirtiesen (*)	1	2	3	4	
8. Estoy satisfecho con mis logros	1	2	3	4	
9. Mi vida es aburrida (*)	1	2	3	4	
10. Las actividades en que tomo parte normalmente salen bien	1	2	3	4	

Anexo 9. Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) (Wilson et al, 2002):

AAQ-II

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

Use como referencia la siguiente escala para hacer su elección:

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

Anexo 10. Formulación de caso

DATOS SOCIODEMÓGRAFICOS

Nombre: E.R

Edad: 38 años

Escolaridad: VIII semestre de Salud Ocupacional

Ocupación: Estilista

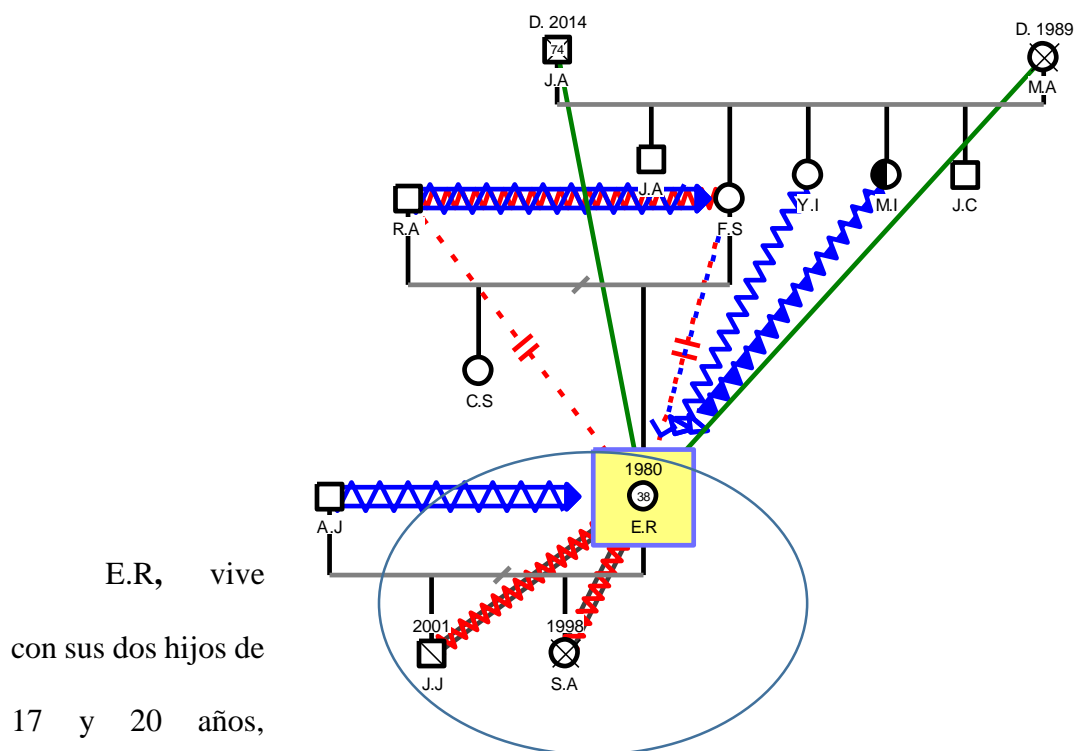
Estado civil: Separada

Estrato: 1

Lugar de nacimiento: Ciénaga (Madalena)

Residencia actual: Bucaramanga

Genograma



ambos cursan estudios superiores en la Universidad Industrial de Santander. Estuvo casada durante diez años con el padre de sus dos hijos y se separó de él hace diez años por violencia de género. Actualmente, tiene un novio con quien sostiene una relación afectiva desde hace tres años. Con sus hijos mantiene una relación distante y hostil porque en ellos ve las agresiones de su esposo y considera que ellos al (“igual que su padre también quieren hacerle daño y matarla”).

MOTIVO DE CONSULTA INICIAL: “Me siento en el límite, tengo un cuadro de ansiedad desde hace 20 años, siento que ya no puedo más con la vida, no puedo dormir nada, estoy desesperada, no puedo más con mi vida”.

DESCRIPCIÓN DE SU HISTORIA DE VIDA

E.R, hace parte de una familia extensa disfuncional, que fue conformada por los abuelos maternos, dos tías, dos tíos (una con movilidad reducida) y siete primos, quienes nacieron después de ella hacer parte de esa familia. Ocupa el segundo lugar de dos hermanas, su padre biológico está ausente desde el momento de su nacimiento, la madre la abandonó a los cuarenta días de nacida y sus abuelos maternos la adoptaron a partir de ese momento. Desde sus primeros años de vida entró en contacto con experiencias aversivas al recibir maltrato infantil por parte de sus tías.

Cuanto ella sólo contaba con 9 años de edad murió la madre adoptiva, fue parantalizada y además, le correspondió hacerse cargo de su tía con movilidad reducida y que a su vez tuvo que soportar el rechazo y las humillaciones de sus tías de manera permanente. Cursó estudios hasta el grado noveno y a los 14 años conformó su hogar con

un hombre de Bucaramanga que conoció días antes y con quien se instaló en la ciudad de Bucaramanga, separándose de su familia, a quienes sólo pudo volver a ver después de la separación de su pareja. Al año tuvo a su primera hija y al año siguiente concibió a su segundo hijo, fruto de una violación de su esposo. A los seis años de vivir en la ciudad consiguió su primer empleo en un banco en el cargo de Servicios Generales. Durante diez años vivió sometida al maltrato psicológico, físico y sexual de su esposo hasta que decidió demandarlo y separarse de él. Tiempo en el que decidió regresar a su tierra natal donde su familia, teniendo que emprender el viaje de regreso en esa misma semana, porque sus tías la desalojaron del hogar, sin que el padre adoptivo pudiera impedirlo. Al regresar tuvo que instalarse donde una amiga, debido a que no había tenido dinero para hacer el trasteo de regreso, ni para pagar arriendo de una habitación. Con el apoyo de su amiga consiguió trabajo a los 3 meses y se instaló a vivir en una casa en arriendo. Relata que desde la separación de su esposo empezó a sentir crisis de miedo, angustias, insomnio, sensación de desespero y llanto constante. Al año siguiente de regresar a Bucaramanga, retomó sus estudios de básica secundaria. Al terminar su bachillerato hizo un curso de belleza y posteriormente empezó a trabajar como estilista profesional. Hace cuatro años inició sus estudios superiores en el área de Salud Ocupacional y actualmente cursa octavo semestre.

Después de la separación de su esposo intentó construir un vínculo afectivo en 3 ocasiones, pero siempre terminaba siendo abandonada por sus parejas. Hace 3 años es novia de su pareja actual y relata tener muchas dificultades en la relación, porque él es igualito a todos los hombres, sólo le interesa usarla, hacerle daño y después abandonarla. Relata que por culpa de él ella sufrió dos parálisis durante el mismo mes en junio del año

pasado. Desde hace tres años falleció su padre adoptivo y desde ese momento manifiesta que se le incrementaron los síntomas debido a que desde ese momento se sintió totalmente sola en el mundo. Además, le quedó un sentimiento de culpa por no haberlo ido a visitar antes de su fallecimiento, debido a que desde hacía tres meses él le pedía que viajara a verlo. Desde el día del sepelio manifiesta haber empezado a sentir voces, a ver una sombra en la noche al lado derecho de la cama que quería hacerle daño. Desde ese momento comenzó también a tener compulsiones de prender las luces de toda la casa y abrir la puerta de la calle, cada que se despertaba en la noche con crisis de angustia y ansiedad.

Ciclo vital

E.R, se encuentra en la etapa de adultez y relata que su vida ha estado llena de sufrimiento desde que nació, no sólo por haber sido abandonada por su madre con sólo cuarenta días de nacida, sino también por su padre, a quien nunca conoció. Tanto la etapa del maltrato infantil como la violencia física, psicológica y sexual por parte de su pareja durante diez años son los dos períodos de su vida que representan mayor sufrimiento para ella.

Embarazo

La consultante refiere que esta etapa estuvo enmarcada por el maltrato físico, psicológico y sexual de su progenitor a su madre. Refiere ser producto de una violación de su padre.

Infancia

Relata esta etapa de su vida, como algo muy doloroso, (“yo tuve una niñez muy dura, no sólo fui abandonada por mi madre, sino que también tuve que soportar las

humillaciones de mis tías”). Refiere que desde que ella tiene uso de razón siempre tuvo que sufrir las conductas de maltrato físico y psicológico de sus tías, quienes constantemente le lanzaban improperios como éstos, (“usted es un estorbo”, “a usted nadie la quiere”, “si su madre la abandonó, es porque usted no vale nada, no es nadie”, “lárguese de aquí y no vuelva nunca más como lo hizo su mamá”, “no queremos verla nunca más”). Aunque sus padres adoptivos le daban mucho amor, no la protegían de sus tías, porque no ejercían el rol de autoridad en el hogar. Manifiesta que su infancia fue una época de mucha tristeza, dolor, cansancio, miedo, rabia, angustia y frustración. En este mismo periodo de tiempo conoció a su hermana mayor, pero no pudo compartir mucho tiempo con ella, porque vivían en ciudades diferentes.

Adolescencia

Cuando tenía 13 años pactó con una señora un trabajo de 3 horas para obtener dinero para sus cosas personales, como no obtuvo el permiso de su familia, decidió hacerlo sin su consentimiento, pero sus tías y sus tíos se enteraron antes de poner en marcha el trabajo y no sólo la obligaron a romper el pacto, sino que fue severamente castigada a nivel físico tanto por su padre adoptivo como por sus tías y sus tíos. Cuando tenía 14 años conoció a un señor de Bucaramanga, quien la invitó a irse a vivir con él a la ciudad de Bucaramanga, propuesta que no dudó en aceptar pensando que aunque no conocía al señor, por más mal que le fuera, no sería igual a lo que estaba viviendo en su casa. En cuanto pudo se escapó de la casa con él deseosa de hacer realidad todas las instrucciones verbales de sus tías de no querer verla más. Aprovechó la oportunidad para perder el contacto con toda la su

familia durante diez años, tiempo en el que retorna huyendo del maltrato de su pareja. Fue recibida por su padre adoptivo, pero tuvo que regresar, debido a que sus tías la desalojaron de la casa, sin que el padre adoptivo pudiera interponerse. Al llegar a Bucaramanga su ex-esposo en repetidas ocasiones durante la semana, cada que se emborrachaba se le aparecía en la casa a gritarle improperios y a decirles a sus hijos que la madre no los quería, que sólo quería hacerles daño. Cada que esta escena se presentaba, E.R sufría crisis de ansiedad.

Adultez

Tiene dos hijos de 17 y 20 años, ambos cursan estudios de educación superior en la Universidad Industrial de Santander. La hija mayor trabaja en la misma universidad como tutora estudiantil y el hijo menor se dedica solo a labores académicas. E.R, trabaja desde hace 10 años como estilista independiente. Desde la separación de su esposo la única relación estable que ha tenido es el vínculo afectivo con su novio actual.

Manifiesta que (en los hombres no se puede confiar, porque lo único que buscan es hacerles daño a las mujeres, aprovecharse de ellas y después marcharse y no se puede confiar en ninguno, porque todos son iguales), a nivel de relaciones interpersonales, decidió quedarse sola y no interactuar con nadie desde que murió su mejor amiga, porque considera (que la gente lo único que busca es hacerle daño, aprovecharse de ella y por eso no se puede confiar en nadie, ni siquiera en sus hijos, porque al igual que su padre también quieren matarla). Hace tres años conoció a su mamá (en las novenas de su padre adoptivo), pero el encuentro fue una experiencia poco gratificante, porque al conocer la nueva familia de su progenitora conformada por su pareja y tres hijos a quienes cuida, ama y protege volvió

a revivir toda su historia de abandono. La consultante tenía como expectativa de este encuentro que su madre le explicara las razones de su abandono, le pidiera perdón e iniciaran una relación madre e hija. Cuando ella le narró que el (abandono obedeció a las razones de violación por parte de su padre, maltrato durante su embarazo y parecido físico con su progenitor desde su nacimiento) desbordó su capacidad de afrontamiento y decidió ponerle fin a esa historia (pero le exigió comprensión y amor de hija). Otra de las frustraciones de E. R., en relación a este encuentro estuvo relacionado con su padre biológico a quien también deseaba conocer pero su madre no le dio información al respecto, limitó su respuesta a notificar que (“ese señor ya estaba muerto”).

CONTEXTO

Contexto	Descripción
<i>Familiar</i>	Su sistema familiar está conformado por ella, una hija de 20 años y el hijo de 17 años.
<i>Social</i>	No participa en ninguna actividad social, porque le desagrada compartir con personas que sólo están pendientes de sus problemas y según ella todas representan peligro.
<i>Laboral</i>	Trabaja como independiente en un salón de belleza.
<i>Salud</i>	La consultante refiere sufrir las siguientes enfermedades: Hipertensión, migraña, dolor en ambas rodillas, quistes benignos en ambos senos. El año pasado sufrió hemiplejia del lado izquierdo dos veces en el mismo mes, perdiendo el habla en la segunda vez que le dio, pero la recuperó a través de los diferentes tratamientos médicos.

	<p>Diagnosticada el 13 de junio de 2017 por medicina general con trastorno mixto de ansiedad y depresión (F412) y trastorno del sueño no especificado (G479). Diagnosticada el 20 de junio de 2017 por Psiquiatría con trastorno esquizoafectivo no especificado (F259) e inicio de antipsicótico una pastilla diaria de Olanzapina 10 mg en la noche.</p> <p>Dada en remisión por psiquiatría el 20 de abril de 2018.</p>
<i>Recreación</i>	No sale a ninguna parte, el tiempo libre se la pasa encerrada en la casa llorando
<i>Sexual</i>	La consultante refiere que su vida sexual es normal no presenta alteraciones ni dificultades.
<i>Académica</i>	Actualmente cursa octavo semestre de Administración en Salud Ocupacional.

EVALUACIÓN

- ✓ Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS)
- ✓ Activación Conductual para el tratamiento de la depresión (BADS)
- ✓ Inventario de depresión de Beck (BDI-II)
- ✓ Escala de ansiedad estado rango (STAI)

Los siguientes instrumentos fueron utilizados más como recursos terapéuticos que como instrumentos de medición.

- ✓ Cuestionario de Valores (Wilson et al., 2002).

- ✓ Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) (Wilson et al, 2002)
- ✓ Escala de observación de Recompensa del entorno EROS (Armento & Hopko, 2007).

ANÁLISIS FUNCIONAL

Conductas problema:

1. **Ansiedad:** Respuesta fisiológica cuando se queda sola en cualquier espacio del día: tensión muscular, miedo, taquicardia, migraña, intranquilidad, respiración acelerada, desespero, rostro tenso, llanto.
2. **Problemas de sueño:** sólo duerme dos o tres horas diarias.
3. **Alucinaciones visuales:** todas las noches al despertar ve una sombra al lado de su cama que desea hacerle daño y siente un miedo terrible. Algunas veces ve que el control del televisor sale volando, otras veces ve que después de las doce de la noche las luces de la casa se apagan y se prenden juntas.
4. **Crisis de ansiedad al despertar:** Respuesta fisiológica: Taquicardia, sudoración, temblor en las manos, nudo en la garganta, migraña, sensación de ahogo y de tener un cuchillo clavado en el corazón, llanto incontrolable, rostro tenso.
5. **Compulsiones:** prende todas las luces y abre la puerta principal de la casa inmediatamente se despierta.
6. **Alucinaciones auditivas:** escucha voces femeninas que se burlan de ella, le dicen que sus hijos no la quieren, que sólo desean hacerle daño como el

- papá, que los trate mal, que les grite y les pegue. También le dicen que ella no vale nada, que jamás saldrá adelante y que se haga daño.
7. **Autolesión:** Cada que escucha las voces llora de manera incontrolada, se halla el cabello con todas sus fuerzas y se golpea la cabeza contra la pared por un periodo de tiempo de aproximadamente una hora.
 8. **Alucinaciones olfativas:** sólo una vez sintió un olor fétido en toda la casa
 9. **Alucinaciones táctiles:** algunas veces escucha que alguien con los dedos araña la pared de su habitación.
 10. **Alucinaciones somáticas:** algunas veces siente que la mandíbula le queda muy grande y siente ganas de quitársela, cortársela a su medida y volvérsela a poner pero sabe que eso no es posible.
 11. **Delirio de persecución:** Siente que todas las personas desean hacerle daño, incluso su novio y sus hijos.
 12. **Aislamiento social:** no se relaciona con nadie, porque todas las personas son muy peligrosas, no tiene amigas, porque piensa que sólo les interesa aprovecharse de ella y hacerle daño. Limita su vida social a la universidad y al trabajo, pero no establece contacto con nadie, sólo cumple con sus funciones de acuerdo con sus roles y sale para su casa.
 13. **Patrón de evitación conductual:** Evita experimentar su propio estado emocional, trabaja catorce horas diarias para mantenerse ocupada y no tener tiempo para pensar. Evita estar en contacto con el mundo externo porque considera que todas las personas son peligrosas y solo quieren

hacerle daño. No tiene redes sociales, porque piensa que por ahí también le pueden hacer daño. Evita las responsabilidades cotidianas con sus hijos. Ellos mismos tienen que preparar su propia alimentación, despacharse para ir a la universidad, responsabilizarse de las labores domésticas y de su propio proceso académico. Evita hablar de su propio malestar y de su larga cadena de más de veinte años de sufrimientos. Evita confiar en las personas y en sus propios hijos, porque ellos también quieren hacerle daño.

14. Miedo: Mantiene miedo a todo. Miedo a que llegue la noche y no le de sueño, miedo a que se duerma y no vuelva a despertar, miedo a que mientras duerme le vuelva a dar la parálisis, miedo a que se duerma y se vuelva a despertar muy rápido y no vuelva a dormir en toda la noche. Miedo a despertar con miedo, con migraña, con ansiedad, angustia, con desespero, llanto incontrolable, a ver la sombra, a escuchar las voces y a lesionarse al escucharlas. Miedo a que llegue el día y todo el mundo sea feliz menos ella, miedo a perder su negocio, a ser una fracasada. Miedo a que su novio y sus hijos le quieran hacerle daño. Miedo a que todas las personas le quieran hacer daño a ella o a sus hijos, miedo a que sus hijos se queden solos sin su protección.

15. Sentimiento de culpa: Se siente culpable por haber nacido viva, por la violación de su madre, porque su madre la haya abandonado, por no haber conocido a su padre biológico, por generar heridas emocionales

imborrables a sus hijos, por haberse dejado violar de su ex –esposo, por haberse venido de su lugar natal y haber dejado a su padre enfermo, por no haber ido a ver a su padre antes de su muerte, previa solicitud hecha por él tres meses antes de su muerte, por haber abandonado en sus estudios en Ciénaga.

16. Autoimagen y auto-concepto deteriorados: Siente que ella no es nadie, que no vale nada, se siente abandonada por todo el mundo, incluso por Dios porque no escucha su oración, siente rechazo por ella misma, su vida no tiene sentido, es incapaz de todo, es una inútil.

17. Quejas verbales: constantemente se queja por veinte años de vida perdidos en puras cadenas de sufrimientos, por no encontrar un segundo de paz y tranquilidad, por no encontrar una luz en el camino, ni una salida a tanto sufrimiento. Se queja de ser una fracasada en todas las áreas de su vida, como hija, como mujer, como madre, como estudiante, como profesional.

18. Pensamientos de minusvalía e indefensión: Constantemente hace verbalizaciones relacionadas con su incapacidad para afrontar la vida, “yo no debería estar viva, yo estoy cansada de luchar y no encontrar solución a nada, mi vida no tiene sentido”.

19. Irritabilidad. Todo el día vive irritada, de mal genio con todas las personas y con conducta explosiva ante cualquier mínima situación de desagrado.

A continuación, se presenta la interacción de las conductas problemas en relación con sus antecedentes y consecuentes.

Categoría	Conductas	Antecedentes	Consecuentes
------------------	------------------	---------------------	---------------------

<p>Cogniciones</p>	<p><i>Pensamientos</i></p> <p><i>automáticos negativos</i></p> <p>“Todo el mundo me quiere hacer daño”, “este mundo es muy peligroso”, “siempre me han pisoteado toda la vida”, “todo el mundo se quiere aprovechar de mí”, “mi vida es una cadena de sufrimientos, miedos y angustias”, “me tocó una niñez muy terrible”, “desde que conseguí esposo mi sufrimiento se volvió más terrible”, “fueron muy terribles todos esos miedos que viví con mi esposo”, “me separé de mi esposo y me quedaron mis hijos que todo el tiempo me recuerdan al papá”.</p>	<p><i>Antecedentes</i></p> <p><i>remotos</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abandono materno a los 40 días de nacida. 2. Muerte de la madre adoptiva a los 9 años de edad y parentalización a esa misma edad. 3. Rechazo constante de sus tías y repertorio socioverbal agresivo. 4. Elección de pareja a los 14 años de edad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Cercanía emocional de sus hijos y de su novio 2.ineficacia en el cumplimiento de sus roles como madre 3.Incremento de horarios en su jornada laboral para evitar su propio estado emocional aversivo
---------------------------	--	---	--

		<p>5. Maltrato físico, psicológico y sexual durante diez años por parte del papá de sus hijos.</p> <p>6. Rechazo de sus tías cuando ella regresó a casa huyendo de la violencia de su pareja.</p>	
--	--	---	--

Categoría	Conductas	Antecedentes	Consecuentes
Cogniciones	<p>“hasta Dios me abandonó”, “todo el mundo me rechaza, hasta mis propios hijos” <i>Creencias nucleares</i> “yo no debí haber nacido”, “yo debería estar muerta”, “yo no merezco que nadie me quiera”, “si mi mamá no me quiso, quién más me va a querer”, “yo soy una fracasada”, “yo soy poca cosa”, “yo no merezco estar viva”, “yo no merezco ser madre”, “yo no valgo nada, “yo no soy nadie”,</p>		
Emocionales	<p>Episodios de llanto constante, sensación de angustia, tristeza, vacío, soledad y desespero, Sensación de desasosiego e intranquilidad.</p>		

Categoría	Conductas	Antecedentes	Consecuentes
Fisiológicas	Insomnio, taquicardia, mudo en la garganta, sensación de ahogo, dolor en el corazón, temblor en las manos, tensión muscular y migraña		
Motoras	Evitación del contacto con el mundo externo y con las redes sociales, suspensión de actividades relacionadas con su rol materno, Irritabilidad constante con su novio y sus hijos, comunicación agresiva con las personas, comparación de sus hijos con la conducta del padre, desvalorizaciones a los hijos, reproches y desplazamiento de la responsabilidad de todos sus problemas.		

Unidad de análisis

Antecedentes:

- ✓ *Predisponentes:* Todos los factores que favorecen la aparición y mantenimiento del trastorno. Madre víctima de la violencia de género durante todo su proceso de gestación, progenitor machista, agresor de la madre, dependiente del alcohol y con dos hogares simultáneos, padre ausente desde su nacimiento, abandono materno a los 40 días de nacida y desvinculación de su hermana mayor, muerte de la madre adoptiva a los 9 años de edad y parentalización por parte de sus tías, hogar sustituto disfuncional, socialización con patrones rígidos e inflexibles, maltrato infantil, elección de pareja a los 14 años y cambio de ciudad, maltrato psicológico, físico y sexual por parte de su esposo durante 10 años, lapso de tiempo en el que también permaneció incomunicada con su familia, gestación de su segundo hijo como fruto de una violación por parte de su esposo, rechazo a su maternidad y a sus hijos después de la separación de su pareja; desalojo por parte de sus tías cuando regresó a casa pidiendo ayuda, después de la separación de su esposo. Reglas de vida en relación al sufrimiento: “Mi vida es una cadena de sufrimientos”, “toda la vida me han pisoteado”, “todo el mundo me quiere hacer daño”.
- ✓ *Precipitantes:* eventos próximos relacionados con el problema, actúan como desencadenantes. El precipitante principal que desencadenó el problema de manera inmediata fue la muerte de su padre adoptivo hace tres años (2014), sin haber alcanzado a despedirse de él, aunque en varios momentos le había hecho la solicitud. El segundo evento fue la muerte de

su mejor amiga en el mismo periodo de tiempo como efecto de un presunto descuido médico, el tercer evento precipitante fue el envenenamiento de su mascota por parte de sus vecinos hace tres años (2014) y el cuarto evento fue el reencuentro con su madre biológica en este mismo lapso de tiempo, encuentro que le desmoronó las expectativas de encontrar en ella una madre amorosa. Los tres últimos eventos le reforzaron las reglas de desconfianza: “Este mundo es peligroso”. “no se puede confiar en nadie”, “todo el mundo me quiere hacer daño” y el cuarto evento le confirmó sus reglas de autodesvalorización: “nadie me quiere, si mi madre no me quiso, quién más me va a querer, yo no merezco que nadie me quiera”.

- ✓ *Estímulo discriminativo:* estímulo que le indica a la consultante que al ejecutar las conductas problema habrá consecuencias positivas y negativas. la noche, alucinaciones visuales y auditivas, autolesiones, ataque de pánico al despertar, llanto incontrolable, hijos y pareja que refuerzan la conducta.
- ✓ *Estímulo aversivo:* estímulos ante los cuales la consultante responde mediante la conducta problema: Su estado emocional ansioso, depresivo y psicótico, que sus hijos y su novio le hablen cuando ella los trata mal.

Respuestas: Se enmarcan en tres dimensiones: Cognitivas, fisiológicas y motoras.

Consecuentes:

- ✓ *Reforzadores:* son mantenedores de la conducta, se clasifican en dos tipos:

- ❖ *Positivos*: atención, dedicación y apoyo emocional de su novio y de sus hijos, disminución de la ansiedad de que alguien le pueda hacer daño, evitación de los eventos privados.
- ❖ *Negativos*: evitación de su rol materno y contacto social, tranquilidad emocional temporal.

Castigos:

- ❖ *Positivos*: sentimientos de culpa, miedo de perder a sus hijos y a su novio.
- ❖ *Negativos*: indiferencia y discusión de sus hijos, distanciamiento emocional de su novio.

Hipótesis de origen (problemática actual).

Las funciones aversivas de E. R, experimentadas en las diferentes etapas de su historia de vida, tras la muerte de su padre adoptivo hace tres años fueron actualizadas en el trastorno depresivo mayor, en las crisis de ansiedad, en el problema de mantenimiento y sostenimiento del patrón del sueño, en los sentimientos de culpa y en las experiencias psicóticas.

En la historia de vida de la consultante el evento abandono está relacionado con la palabra abandono y el evento maltrato está relacionado con la palabra maltrato desde su infancia, a partir de su proceso de socialización. De acuerdo a Wilson et al., (2005), el contexto socioverbal es determinante en la provisión de funciones derivadas a objetos, actividades y sensaciones corporales, al propio comportamiento y es el responsable no sólo del conocimiento derivado sobre el mundo, sino también del conocimiento derivado sobre

uno mismo. Siguiendo este mismo marco de coordinación de estímulos, en la experiencia de vida conyugal creó un nuevo marco de estímulos relacionados verbalmente unos con otros en los que la relación establecida entre el evento “abandono”, la palabra “abandono”, el evento maltrato y la palabra “maltrato” fue relacionada con la palabra “hombre”, el sujeto “hombre”, el evento “violencia y la palabra “violencia”. Dadas estas relaciones verbales y la función aversiva adquirida directamente, esta se transfirió a través de todos los estímulos siguiendo el mismo marco de relación entre ellos, generando respuestas conductuales desde la literalidad del lenguaje. “Responder a la propia conducta es un reactivo que altera la función de las circunstancias en las que está la persona y transfiere funciones al mismo hecho de responder Hayes y Wilson, 1993 (como se citó en (Wilson et al..., 2.002, p. 84).

Por la función discriminativa de estos eventos desde la experiencia directa y la historia que dio función discriminativa a la reacción del delirio de persecución en el que se circunscriben las conductas problema (patrón del miedo a todos los hombres, el miedo a dormir del lado izquierdo de la cama, el miedo a dormir sola, el miedo a que llegue la noche, el miedo a no poder dormir, el miedo a quedarse dormida y no despertar, el miedo a que mientras duerme le dé una parálisis, el miedo a dormirse y volverse a despertar rápido sin sueño. El miedo a despertar con miedo, con ansiedad, con angustia, con migraña, con desespero, con llanto incontrolable, a ver la sombra, a escuchar las voces, a autolesionarse al escucharlas. Miedo a que todo el mundo sea feliz, menos ella, miedo a perder su negocio, a ser una fracasada, miedo a que su novio y sus hijos le quieran hacer daño. Mido a que todas las personas le quieran hacer daño a ella o a sus hijos, miedo a que sus hijos y su

novio la abandonen), dan razón del origen de la gravedad de la depresión y la ansiedad desde el seguimiento de los marcos relacionales durante toda su historia de vida.

Tomando en cuenta los antecedentes de su historia de vida, se encuentran factores predictivos tanto de la depresión como de la ansiedad en dos etapas fundamentales de su vida: la primera originada en la infancia y la segunda en los diez años de violencia de género. “Los malos tratos que se perpetran sobre los niños pueden provocar daño o consecuencias negativas a dos niveles: somático y psicológico”. (Pino & Herruzo, 2000, p. 256), el maltrato infantil entre otras muchas consecuencias, genera “deterioro de las facultades mentales, principalmente en el área cognitiva, autodevaluación y bajo rendimiento escolar, retraimiento depresión, poca sociabilidad, sensación de no ser queridos, bloqueo emocional”. (Tovar, Almeraya, Guajardo & Borja, 2016, P. 97). “El maltrato en la infancia temprana predice síntomas de depresión y ansiedad en la edad adulta”. Kaplow & Widom (citado por Armenta & Gaxiola Romero, p. 238). En relación a la violencia de género, de acuerdo a los siguientes autores, esta es uno de los principales desencadenantes de depresión y ansiedad. “La violencia degrada la integridad de la mujer, provoca inseguridad, disminución de la autoestima, incertidumbre, desesperanza y desvalorización; además coarta sus posibilidades de desarrollo personal y anula su autonomía originando la depresión. Cacique et al 2006, (como se citó en Vásquez, 2007, p. 91), “las secuelas psicosociales pueden abarcar ansiedad, depresión, baja autoestima, disfunción sexual, trastornos de la alimentación, trastornos de estrés postraumático y conductas autodestructivas (Correa & Jadresic, 2005, P. 28). Vizcano, Cortés & Alareón, citados por Vásquez (2007) consideran que las consecuencias de la violencia en la salud

de las mujeres se manifiesta sobre todo a nivel de la esfera psicológica donde se presentan diversos trastornos, los cuales son producidos por efectos del maltrato. Entre esos trastornos se encuentran principalmente la ansiedad, la depresión y la conducta suicida. Wenzel & Medina, citados en Vastillo & Arankpowsky, (2008), consideran que el impacto de la violencia contra las mujeres y sobre su salud mental puede tener consecuencias, como una elevada incidencia de tensión nerviosa, ataques de pánico, trastornos del sueño, alcoholismo, abuso de drogas, baja autoestima, trastorno por estrés postraumático y depresión. Según Echeburúa, (2009), cuando una mujer ha sido víctima de la violencia de su pareja un estado de alerta permanente interfiere negativamente en la vida cotidiana de la víctima. En estas condiciones una persona puede encontrarse alterada constantemente, sentirse irritable, tener dificultades para dormir, permanecer vigilante ante cualquier estímulo, por insignificante que sea, y sentirse en la necesidad de controlar todo lo que esté a su alrededor.

Todo este espectro de alta vulnerabilidad desarrollado durante toda su vida desde el que ella se percibió sola, sin valor, sin derecho a ser amada y abandonada hasta por Dios, al morir su padre adoptivo, la única persona en la que ella se sentía reconocida, automáticamente se sintió sin sentido de vida, sin horizonte al cual direccionar sus pasos, sin una luz en el camino, sin una brújula que guiara sus acciones y desde la fusión con todos sus eventos aversivos desencadenó inmediatamente el desarrollo de la psicosis. Paralelamente a este suceso ella tuvo que enfrentarse a otros eventos aversivos que le incrementaron la gravedad de todos sus cuadros clínicos, como el encuentro con su madre biológica en la misma semana en la que se celebraba el novenario de su padre adoptivo, la

muerte de su mejor amiga en ese mismo año y el envenenamiento de su mascota por parte de sus vecinos por ese mismo periodo de tiempo, que concluyen con el desencadenamiento del delirio de persecución y aislamiento social.

PROCESOS (BIOLÓGICO, APRENDIZAJE, MOTIVACIÓN, EMOCIÓN Y AFECTO)

PROCESOS	ESPECIFICACION
<i>Biológico</i>	Refiere sentir migraña, hipertensión, dolor en ambas rodillas, quistes benignos en ambos senos, migraña. Diagnosticada el 13 de junio de 2017 por medicina general con trastorno mixto de ansiedad y depresión (F412) y trastorno del sueño no especificado (G479). Diagnosticada el 20 de junio de 2017 por Psiquiatría con trastorno esquizoafectivo no especificado (F259) e inicio de antipsicótico una pastilla diaria de Olanzapina 10 mg en la noche. Dada en remision por psiquiatría el 20 de Abril de 2018.
<i>Aprendizaje</i>	Se observa una conducta gobernada por las reglas, la rigidez psicológica, autodesvalorización, sentimientos de culpa, minusvalía, indefensión, pensamientos relacionados con la literalidad del lenguaje, responde ante los pensamientos como si fueran hechos reales.

<i>Motivacion</i>	Su mayor motivación es encontrar un poco de paz, normalizar el sueño y ponerle punto final a sus más de 20 años de terribles sufrimientos.
<i>Emoción y afecto</i>	<p>Respuesta al afecto: su mayor anhelo es sentirse amada, pero lo ve como una misión imposible porque a ella nadie la quiere, ni siquiera sus propios hijos, no merece que nadie la quiera y tampoco lo puede permitir porque todo el mundo quiere hacerle daño, tampoco tiene sentido una vida de pareja, porque todos los hombres lo único que les interesa es hacerle daño y después abandonarla.</p> <p>Emociones: Se percibe un estado de ánimo caracterizado por la tristeza, la angustia, el desespero y el miedo a todo en el momento que se queda sola. Refiere que todo el día se la pasa llorando y empeora por la noche.</p>

Anexo 11. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Esquizofrenia

Cumple los criterios: A, porque presenta delirios y alucinaciones; con el criterio B, porque “desde el principio su nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales como el trabajo y las relaciones interpersonales está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio” y E. R., no duerme, se la pasa llorando todo el día, siente miedo a que todas las personas le hagan daño a ella o a sus hijos, es irritable todo el tiempo, tiene aislamiento social y por lo tanto no se relacionada con nadie, su nivel de interacción se

limita a ir a sus clases a la universidad y a su trabajo. Pero se descarta que la consultante sufra esquizofrenia, porque el diagnóstico de esquizofrenia requiere la presencia de delirios o alucinaciones en ausencia de episodios del estado de ánimo, y en el caso de la consultante los episodios del estado de ánimo son graves y permanentes en los últimos tres años.

Trastorno esquizoafectivo

Se descarta que E. R., sufra trastorno esquizoafectivo, porque para su respectivo diagnóstico, los delirios o alucinaciones deben estar presentes durante al menos dos semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo (depresivo o maníaco) en algún momento de la enfermedad (criterio B) y E.R., en los últimos tres años ha experimentado la gravedad de sus episodios depresivos de manera constante.

Trastorno esquizofreniforme

Se descarta que la consultante sufra este trastorno, porque el criterio B establece que la duración total del trastorno, incluidas las fases prodrómica, activa y residual es menor a seis meses y en el caso de E.R., los síntomas han sido severos y constantes en los últimos tres años.

Trastorno delirante

Se descarta este trastorno en la consultante porque sus criterios A y B, no tienen relación con la sintomatología de E.R., debido a que ella cumple sí cumple con el criterio A de la esquizofrenia y su nivel de funcionamiento está alterado y para en el trastorno esquizotípico este nivel no está muy alterado. Tampoco aplica el criterio D, porque en E.R., los episodios depresivos mayores han sido constantes y según este criterio,

en caso de que se lleguen a presentar han sido breves en comparación con los periodos delirantes.

Trastorno psicótico breve

No aplica para el caso de E.R, porque su escasa duración de menos de un mes, descarta de inmediato cualquier mínima posibilidad de padecer este trastorno, porque ella lleva tres años con la psicosis.

Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos

Se descarta este diagnóstico en la consultante, porque este diagnóstico sólo se puede hacer en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o de abstinencia de sustancias cuando en el cuadro clínico predominan los síntomas de delirios o alucinaciones (criterio A) y cuando son suficientemente graves para merecer atención clínica. E.R., no tiene relación con este tipo de sustancias, ni historial médico relacionado.

Trastorno debido a otra afección médica

Se descarta este diagnóstico, porque la consultante no sufre afecciones médica

Trastorno bipolar I, II y trastorno ciclotímico

Se descartan estos trastornos, porque la consultante nunca ha tenido episodios maníacos o hipomaniacos.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Se descarta este trastorno, porque es un diagnóstico que no se puede hacer después de los 18 años de edad.

Trastorno esquizotípico. Se descarta este trastorno en la consultante, porque las características de este diagnóstico corresponden a elecciones personales de evitar el contacto social, debido a que prefieren estar solos y aislados de su entorno.

Trastorno de estrés postraumático, aunque la consultante tiene características de este trastorno como miedos excesivos, alucinaciones visuales relacionadas con la violencia doméstica, ansiedad y depresión, se descarta este trastorno en ella, porque sus episodios depresivos y ansiosos están relacionados con experiencias dolorosas desde su infancia. Además, el contenido de las voces y de los delirios están directamente relacionados con los episodios vividos en los primeros años de su vida, que hizo extensivos en todas sus áreas y procesos evolutivos.

OBJETIVOS TERAPEÚTICOS

1. Alterar las funciones de los pensamientos negativos, provocando un distanciamiento cognitivo, a través de ejercicios experienciales que posibilite a la consultante romper el significado literal de los eventos privados.
2. Conducir a la consultante a discernir lo valioso de su vida y a direccionar sus acciones a la vivencia de sus experiencias valiosas.
3. Generar las condiciones para que la consultante experimente y tome conciencia de que el control de sus eventos privados es lo que le ha

- distanciado del logro de sus objetivos alargando e incrementando su malestar.
4. Crear una experiencia de trascendencia del yo que le permita a E.R. generar el contexto desde el que trascienda todos sus eventos privados y a través de la autoobservación aprenda a contactarse con el momento presente desde el que observe y acepte todos sus eventos privados sin juzgarlos.

Plan de intervención

Como se sustentó en la formulación de caso, la consultante presenta un Trastorno de Evitación Experiencial Destructiva (TEED), manifestado las siguientes topografías, (según los manuales diagnósticos tradicionales) Trastorno depresivo mayor (TDM), con último episodio grave, ansiedad grave y características psicóticas congruentes con el estado de ánimo. Partiendo de esta perspectiva se concluyó que el modelo terapéutico que más se ajustaba a las necesidades de la clienta era el modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso, dada su orientación en valores y la búsqueda de metas centradas en la activación y aceptación psicológica, cuya finalidad es dotar a la persona de repertorios conductuales y flexibles que posibiliten el contacto con el momento presente.

El trabajo terapéutico estará focalizado en la interrupción de la literalidad de los contextos verbales destructivos, en la aceptación como alternativa al control, en la generación de nuevos contextos verbales flexibles, en la apertura al momento presente y en la clarificación de valores como brújulas que permitan a la consultante direccionar sus

acciones hacia una vida significativamente valiosa, desde el fortalecimiento de un yo autotranscendente.

El proceso trabajado durante la terapia, se realizó de acuerdo a los postulados propuestos por (Wilson & Luciano, 2011), de la siguiente manera: La intervención terapéutica se realizó mediante 32 sesiones dadas las características del caso “se siguió una terapia intensiva” (García, Luciano, Hernández & Zaldívar, 2004, p. 118), con una duración de aproximadamente hora y media con la siguiente frecuencia: las primeras cinco sesiones fueron de evaluación y se realizaron una vez por semana. De la sexta sesión hasta la veinte seis se trabajó dos veces por semana, de la sesión veinte siete a la treinta y una sesión se trabajó una vez por semana y la sesión treinta y dos se realizó al mes. Se realizaron dos sesiones de evaluación del proceso. En total fueron 25 sesiones de tratamiento y 7 sesiones de evaluación.

Anexo 12. Desarrollo de las sesiones

<i>Sesión.</i>	1
<i>Objetivo</i>	Establecer relación empática con la paciente que le permita comprometerse activamente con su proceso terapéutico
<i>Fase</i>	Diagnóstico
<i>Técnica</i>	Entrevista exploratoria
<i>Actividad</i>	Establecimiento de ambiente empático, diligenciamiento del consentimiento informado, historia clínica, evaluación de sus eventos privados, sensibilización para que inicie proceso psiquiátrico y cierre de la sesión.

<i>Resultados</i>	<p>Se observa un patrón de conducta de inflexibilidad aprendido en su comunidad verbal, conducta de autorreferencia, desesperanza aprendida, eventos privados anticipatorios de manera especial en las noches y en los momentos en que se queda sola, acompañados de angustias, llanto, desespero, fatiga, miedo a quedarse dormida y no despertar. Manifiesta que el problema lo tiene hace 20 años, pero que se agudizó en enero cuando su novio regresó a Estados Unidos. Manifiesta que se siente cansada de esa cadena de tanto sufrimiento y que no puede más con la vida.</p> <p>Se despierta 4 veces en la noche con ese desespero. Síntomas fisiológicos: desespero, soledad, angustia, abandono, vacío, miedo a quedarme sola sin los hijos, a perder mi negocio y a mi pareja, tristeza, asustada. el año pasado sufrió dos hemiplejias en el mismo lado por culpa de un novio. Nunca ha consultado al médico por estos síntomas porque la droga que mandan es muy peligrosa. <i>Trabaja 14 horas para llegar cansada a la casa. (Lloró en toda la sesión).</i></p>
-------------------	--

<i>Sesión</i>	2
<i>Objetivo</i>	Establecer relación empática con la paciente que le permita comprometerse activamente con su proceso terapéutico
<i>Fase</i>	Diagnóstico
<i>Técnica</i>	Entrevista exploratoria
<i>Actividad</i>	Establecimiento de ambiente empático, revisión experiencias durante la semana, evaluación de su relación con el sistema de sus eventos privados, sensibilización para que inicie proceso psiquiátrico y cierre de la sesión.

<i>Resultados</i>	<p>Se observa un patrón de miedo, culpa, angustia, autodesvalorización, hipervigilancia, irritabilidad, insomnio, angustias, de manera especial los momentos en los que se queda sola y en las noches. Persiste la respuesta fisiológica de ansiedad en los momentos que se despierta en la noche: migraña, alteración del patrón del sueño, temblor en manos y cuerpo, dolor en el corazón, respiración acelerada, nudo en la garganta, sensación de ahogo en el momento que le da la ansiedad, desespero al momento de despertar. Manifiesta no encontrarle sentido a la vida: “mi vida no tiene sentido”, “yo no soy nada”, “yo no valgo nada”, “yo no merezco que nadie me quiera”, “todo el mundo me abandona, hasta Dios me abandonó porque yo no valgo nada”, “yo estoy terriblemente desesperada, ya no soporto más mi vida”, “siento rechazo por mí misma”, “me siento totalmente sola en este mundo”, “nadie me quiere”, “toda mi vida he estado sola contra el mundo”, “esta migraña me tiene desesperada”, “es terrible no poder dormir nada en tantos años”, “ya no puedo más con la vida”, “estos 20 años de sufrimiento son terrible y ya se acabaron mis fuerzas para luchar”, “estoy al borde de todo”, “no le encuentro sentido a nada ni a nadie”, “no puedo confiar en nadie, ni siquiera en mis hijos porque al igual que su padre también me quieren matar”, “ya estoy cansada de luchar, esa niñez tan terrible que tuve me marcó para siempre”, “todo esto que me está pasando es por culpa de mi novio, en enero él supo que yo me puse muy mal y aun así se fue”, “yo soy una persona incapaz de todo y a nadie le importo”, “como no valgo nada, por eso estoy sola”, “soy una mala mamá, todo lo hago mal”, “todas los hombres me quieren solo para jugar conmigo”, “todas las personas están en</p>
-------------------	--

	<p>contra mía, hablan a mis espaldas”, “el mundo es muy peligroso, es mejor quedarse encerrada que salir, porque afuera no se encuentra nada bueno”. Cuando se queda sola en el día siente miedo a todo, a que llegue la noche, a quedarse dormida y no despertar, a que el negocio se quiebre, a perder a los hijos y a su novio, a que ella muera y sus hijos queden solos. Para proteger a los hijos de las personas que les quieren hacer daño, todo el tiempo los está llamando para asegurarse que se encuentren bien. De igual manera, maneja sus claves personales de todo, teléfonos, correos electrónicos y redes sociales. Ha tenido sueños en los que ha sido arrastrada a los infiernos por unos hombres que la arrastran de pies y manos y toda la multitud que está allá se burlan terriblemente de ella Al despertar levanta a los hijos y les da instrucciones para cuando ella muera. Se siente culpable por no haberse despedido de su padre antes de morir. Con frecuencia tiene pensamientos en los que ella está siendo velada en una sala de velación. Ha escuchado voces de mujeres, pero sólo tres veces en toda su vida y no dicen nada, sólo se burlan de ella. Desde que conoció a su esposo ha tenido violencia sin parar. (Lloró toda la sesión). Dice que tiene cita médica para el martes de la próxima semana.</p>
--	---

<i>Sesión</i>	3
<i>Objetivo</i>	Aplicar pruebas psicométricas para complementar la evaluación conductual y establecer la hipótesis diagnóstica.
<i>Fase</i>	Diagnóstico
<i>Técnica</i>	pruebas psicológicas, metáfora el hombre en el agujero

<i>Actividad</i>	Establecimiento de ambiente empático, revisión experiencias durante la semana, aplicación de prueba, PSYRRATS (Escala para la valoración de los síntomas psicóticos), breve alusión a la metáfora el hombre en el agujero y cierre de la sesión.
<i>Resultados</i>	<p>Se observa un patrón de conducta de inflexibilidad psicológica, abandono de su madre a temprana edad, maltrato psicológico en su contexto familiar, maltrato físico, psicológico y abuso sexual por parte del padre de sus hijos durante 10 años. Se perciben alucinaciones visuales y auditivas.</p> <p>Relata que está molesta con su novio porque él piensa que ella va a consulta porque está loca. Anoche mientras veía un programa de T.V vio que el control del T.V salió volando y en ella cree que está siendo atormentada por un espíritu, porque según enseñan en los programas de T.V que ella se ve, ella tiene todas las características: después de las doce de la noche las luces de la casas se apagan y se prenden juntas, el control de T.V sale volando y una vez sintió un olor fétido en toda la casa. Manifiesta que la cita médica fue cancelada por la EPS</p>

<i>Sesión</i>	4
<i>Objetivo</i>	Aplicar pruebas psicométricas para complementar la evaluación conductual y establecer la hipótesis diagnóstica
<i>Fase</i>	Diagnóstico
<i>Técnica</i>	Pruebas, metáfora del bus y los pasajeros

<i>Actividad</i>	<p>Establecimiento de ambiente empático, revisión experiencias durante la semana, aplicación de pruebas: BDI-II(Cuestionario de Beck), STAI (Ansiedad estado-rasgo), breve alusión a la metáfora el hombre en el agujero, sensibilización para que inicie proceso psiquiátrico.</p>
<i>Resultados</i>	<p>Se observa conducta de paranoia en todos los contextos, pero de manera especial en las noches. Temor a dormir hacia el lado izquierdo de su cama, alucinaciones auditivas relacionadas con el género femenino, alucinaciones visuales relacionadas con el género masculino, conducta de autodesvalorización, culpabilidad relacionada con su rol parental, autolesión después de escuchar las voces.</p> <p>Sigue molesta con su novio por el último episodio, pero manifiesta que está muy ocupado con sus hijos y no tiene para ella, además, está segura que sus hijos lo hacen volver con la esposa, porque él ha estado muy distante con ella en los últimos días, pero eso es lo normal porque él al igual que todos los hombres sólo quiere hacerle daño y después abandonarla, “yo le vivo diciendo que se vaya de mi vida, que me deje en paz, porque él es peor que mi ex – esposo, porque es más perro que él”, “todos los hombres son iguales, el novio que tuve antes de él me abandonó por otra después de haberme dado anillo de compromiso”, “es que yo no merezco que nadie me quiera, ni mi mamá no me quiso, quién más me a querer”. Cuando sus hijos no le obedecen siente que le están faltando al respeto, igual que lo hacía su padre. Cuando trata mala sus hijos ellos la gritan y en esos gritos ve los gritos de su ex – esposo. Siempre duerme con la hija porque le da</p>

miedo dormir sola y cuando se despierta con la crisis de pánico en las noches ella la acaricia y la tranquiliza, pero mientras dura el episodio de llanto la dejan sola porque es incontrolable. al despertar en las noches ve una sombra que le quiere hacer daño y le produce un miedo intenso, como el miedo que sentía cuando su esposo llegaba borracho y se tenía que esconder con sus hijos debajo de la cama y después irse para la calle porque él los quería matar a todos. En una ocasión tiró al niño de dos años a la poseta y le reventó la cabeza. Expresa que el contenido de las voces es terrible, le dicen: “tus hijos no te quieren, sólo te quieren hacer daño, igual que su padre; hazles daño: grítales y pégalos”. “A mí me dicen: tú no vales nada, tú no eres nadie, tú eres una fracasada, hasta daño y se burlan de mí”. Ese episodio dura como una hora, “yo me halo el cabello con todas las fuerzas hasta arrancarme mechones y me golpeo la cabeza duro contra la pared, me provoca arrancarme la cabeza en esos momentos”. Habla del rechazo de sus tías porque su abuelo la registró como hija y ellas le decían que no era hija sino nieta y se burlaban de ella. Reporta el dolor que le causó el ser separada su hermana y haberla conocido solo hasta los diez años. También habla de la muerte de su mejor amiga y del aislamiento social porque los vecinos le envenenaron la perrita, de lo peligroso que es el mundo, razón por la que no puede salir a la calle, porque afuera no se encuentra nada bueno. También refiere que no tiene Facebook, porque por ese medio la gente le puede hacer daño. Sólo durmió de 10:00 -12:00 p.m. al despertar no fue capaz de volver a dormir.

<i>Sesión</i>	5
<i>Objetivo</i>	Aplicar pruebas psicométricas para complementar la evaluación conductual para establecer la hipótesis diagnóstica.
<i>Fase</i>	Diagnóstico
<i>Técnica</i>	Pruebas
<i>Actividad</i>	<p>Establecimiento de ambiente empático</p> <p>Revisión experiencias durante la semana</p> <p>Aplicación de pruebas:</p> <p>BADS (Escala de activación conductual para la depresión. EROS (Escala de Recompensa del Entorno), AAQ-II (Cuestionario de Acción y Acción), Cuestionario de Valores.</p> <p>Motivación para la continuidad del tratamientos psiquiátrico</p>
<i>Resultados</i>	<i>Trajo las evidencias de la asistencia a la cita médica y remisión prioritaria a Psiquiatría, orden para psiquiatría autorizada. Diagnóstico: F412. Trastorno mixto de ansiedad y depresión. G479. Trastorno del sueño no especificado</i>

<i>Sesión</i>	6
<i>Objetivo</i>	Crear un espacio de desesperanza creativa que permita a la consultante darse cuenta de la inutilidad de sus estrategias en las soluciones intentadas a sus problemas.
<i>Fase</i>	Desesperanza creative

<i>Técnica</i>	Metáfora el monstruo y la cuerda
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, listado de soluciones intentadas para eliminar o controlar sus problemas (voces, miedos, ansiedad, angustia), listado de la efectividad de las soluciones, revisión de las áreas valiosas de su vida que ha descuidado por ocuparse en controlar sus eventos privados, metáfora el monstruo y la cuerda. Cierre de sesión.
<i>Resultados</i>	<p>Trajo evidencia de la cita particular con psiquiatría, porque en la EPS las citas estaban para octubre, Dx. F259. Trastorno esquizoafectivo no especificado, Inició tratamiento antipsicótico con Olanzapina cápsula 10 miligramos en la noche, no suspender, Revisión en 1 mes, entre todas las psiquiatras de la clínica le reunieron la droga pero le piden insistir con la EPS. Se inicia intervención 2 veces por semana.</p> <p>Preocupación, confusión, sensación de pérdida de muchos años valiosos de su vida rumiando las mismas experiencias privadas.</p>

<i>Sesión</i>	7
<i>Objetivo</i>	Crear un espacio de desesperanza creativa que permita a la consultante darse cuenta de la inutilidad de sus estrategias en las soluciones intentadas a sus problemas.
<i>Fase</i>	Desesperanza creativa
<i>Técnica</i>	Ejercicio el diamante y metáfora perro hambriento

<i>Actividad</i>	<p>¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, normalización de las experiencias de escuchar voces, sentirse observada o tener pensamientos extraños. En ocasiones no son tan diferentes a los que otras personas tienen, la diferencia radica en la manera cómo las personas reaccionan ante esas experiencias.</p> <p>Metáfora el perro hambriento y ejercicio del diamante.</p>
<i>Resultados</i>	<p>Aceptación de lo infructuosa que ha sido su lucha intentando controlar o eliminar sus síntomas durante tantos años. No ha disfrutado la relación con su novio, ni la presencia de sus hijos.</p> <p>Toma de conciencia de los diamantes que ha perdido en estos 20 años: “No he disfrutado a mis hijos por estar echándoles la culpa de todo lo que me ha sucedido con su papá”, “Por hacerles a ellos lo que hicieron conmigo le he echado las perlas a los perros, he tratado mis diamantes como si fueran cadenas”, “le he dicho a mis hijos lo mismo que mi dijo mi madre biológica: la abandoné porque te parecías mucho a tu papá”. Pero aparecen las CULPAS: “Me siento tan culpable de la violación de mi mamá, de que me haya tenido que abandonar y que no haya conocido a mi papá biológico”, “toda la violencia que sufrió mi mamá es culpa mía, ella fue violada por mi culpa”, “me siento tan culpable por haber nacido viva, de que mi esposo me haya maltratado, todo fue mi culpa”, “yo soy la culpable de que mis hijos me sigan maltratando, de que se parezcan al papá”, “me ha le pasado culpando al niño de que su papá me haya violado”, “con toda esta cadena de culpas lo que he hecho es pisotear las esmeraldas que son mis hijos (llora-llora-llora), que me han aguantado tanto y que a pesar de que yo los trate mal, ellos</p>

	<p>siempre están a mi lado apoyándome, sobre todos cuando me dan las crisis (llora).</p> <p>¿Esas culpas te han generado solución?</p>
--	---

<i>Sesión</i>	8
<i>Objetivo</i>	Crear un espacio de desesperanza creativa que permita a la consultante darse cuenta de la inutilidad de sus estrategias en las soluciones intentadas a sus problemas.
<i>Fase</i>	Desesperanza creativa
<i>Técnica</i>	Metáfora el hombre en el agujero
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, metáfora del hombre en el agujero. Cierre de sesión
<i>Resultados</i>	<p>Tomó conciencia de que sus quejas verbales la han llevado a cavar huecos en su vida cada vez más profundos, llegando hasta rechazar a sus propios hijos, a su pareja que lo único que ha hecho ha sido amarla y estar pendiente de ella. “Sólo me la he pasado quejándome de todos y de todos, porque he perdido estos veinte años en la misma queja y lo único que hacía era alejarme de lo valioso de mi vida”.</p> <p>Ciclos de sueño de 10.30, -12:00 p.m.</p>

<i>Sesión</i>	9
---------------	---

<i>Objetivo</i>	Conducir a la consultante a discernir lo valioso de su vida y a direccionar sus acciones a la vivencia de sus experiencias valiosas.
<i>Fase</i>	Valores
<i>Técnica</i>	Metáfora del anillo
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, metáfora del anillo, ejercicio de respiración consciente y toma contacto con lo que siempre ha deseado hacer en su vida.
<i>Resultados</i>	<p>Tomó conciencia que ha perdido momentos valiosos de su vida por estar esperando que otras personas le den el valor que ella misma tiene, pero que por quedarse atrapada en sus quejas verbales ha perdido el tiempo para disfrutar lo valioso de su vida, su estudio, su ser de mujer, proyecto de grado, sus hijos, su novio, su paz, su tranquilidad. Se imaginó vestida de novia y entrando al altar como siempre lo había soñado (sonrió por primera vez en terapia).</p> <p>Expresó haber sentido mucha felicidad y tranquilidad, por haberse dado cuenta que por andar cavando huecos se había alejado de lo que siempre había soñado para ella (se sentía inmerecedora e indigna), “Por andar echándole la culpa a todo el mundo de todo lo que me ha pasado me quedé inmóvil viendo pasar la vida”, por no darme el valor que yo misma poseía me quedé sentada a la orilla del camino muriendo de tristeza, angustia, miedo y dolor”, “pobrecito de mi novio, todo lo que me ha tenido que aguantar con todas las cosas horribles que le he dicho y culpándolo de todo, sabiendo que lo único que ha hecho ha sido apoyarme, no entiendo cómo ese hombre ha sido tan bueno conmigo”, “definitivamente Dios me</p>

	<p>quiere mucho, me regaló un gran hombre que ha estado conmigo a pesar de mi enfermedad”. pero volvieron a emerger las CULPAS: “he perdido tantas cosas por no darme mi valor, no he valorado mi estudio, abandoné mi proyecto, perdí lo más valioso, mi paz”, “por mi culpa mi pobre novio ha tenido que sufrir mucho conmigo”, “por mi culpa mis hijos tienes heridas emocionales terribles”, “por mi culpa mi papá no se pudo despedir de mí antes de morir”, por mi culpa mi mamá fue violada”, “me siento muy culpable de haber nacido”. Se le preguntó si esas culpas eran una solución eficaz, dijo que no, que era otro hueco más que estaba cavando y más alimento que le estaba dando al tigre hambriento. Ciclo de sueño de 9-12</p>
--	--

<i>Sesión</i>	10
<i>Objetivo</i>	Alterar las funciones de los pensamientos negativos, provocando un distanciamiento cognitivo, a través de ejercicios experienciales que posibilite a la consultante romper el significado literal de los eventos privados.
<i>Fase</i>	Defusión
<i>Técnica</i>	Ejercicio de la culpa, ejercicio de las hojas secas en el río
<i>Actividad</i>	<p>¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, ejercicio de respiración consciente y conexión emocional con lo valioso de su vida, juego de la culpa</p> <p>ejercicio la culpa ha desaparecido y ahora, ¿qué?, ejercicio hojas flotando en la corriente</p>

<i>Resultados</i>	<p>Tomó conciencia de los huecos que ha cavado en su vida manteniéndose fusionada con los sentimientos de culpa que sólo la han alejado de todo lo valioso de su vida, generándole angustia, ansiedad, frustración, miedo, irritabilidad, agresividad y desconexión de su momento presente.</p> <p>Se dio cuenta que por estar fusionada con la culpa había inmovilizado su vida y sólo le había servido para incrementar el sufrimiento, esa culpa sólo la hundido más y más en el abismo que ella misma ha cavado.</p>
-------------------	--

<i>Sesión</i>	11
<i>Objetivo</i>	Conducir a la consultante a discernir lo valioso de su vida y a direccionar sus acciones a la vivencia de sus experiencias valiosas.
<i>Fase</i>	Valores
<i>Técnica</i>	ejercicio experiencial con el papá, metáfora quitarse las gafas
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos? , ejercicio de respiración consciente y conexión emocional con lo valioso de su vida, ejercicio experiencial con el papá, metáfora de quitarse las gafas. Cierre de sesión.
<i>Resultados</i>	<p>Conexión emocional con las experiencias significativas vividas con su padre, toma de conciencia que su padre sigue vivo en sus emociones, en sus proyectos, en la vivencia de lo valioso de su vida.</p> <p>Conexión emocional con el papá, dijo que él sigue vivo en sus emociones, en sus recuerdos, en sus proyectos. “El ejercicio fue refrescante, vaso de agua para</p>

	el sediento”. Reportó recaída al llegar a la casa después de la sesión pasada, porque su hijo perdió la beca en la UIS, pero ya se había estabilizado. Creó la metáfora de aprender a caminar.
--	--

<i>Sesión</i>	12
<i>Objetivo</i>	Generar las condiciones para que la consultante experimente y tome conciencia de que el control de sus eventos privados es lo que le ha distanciado del logro de sus objetivos alargando e incrementando su malestar.
<i>Fase</i>	El control es el problema
<i>Técnica</i>	Bienvenidos todos, el invitado grosero
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, ejercicio de respiración consciente y conexión emocional con lo valioso de su vida, ejercicio de fiscalizar barreras, ejercicio de repetir una palabra cualquiera, metáfora bienvenidos todos y el invitado grosero. Cierre e sesión.
<i>Resultados</i>	<p>Tomó conciencia de las barreras que la alejan de sus metas, de la necesidad de estar abierta a la vivencia de sus experiencias y a observar sus experiencias privadas sin juzgarlas.</p> <p>“A mí me pasó igual que a la señora de la fiesta, no disfruté de la fiesta de mi nueva vida por estar controlando mis pensamientos. Sigo caminado en la dirección de mi nueva vida, sin importar cuantas veces me tenga que caer”.</p>

<i>Sesión</i>	13
<i>Objetivo</i>	Conducir a la consultante a discernir lo valioso de su vida y a direccionar sus acciones a la vivencia de sus experiencias valiosas.
<i>Fase</i>	Valores
<i>Técnica</i>	Metáfora el funeral
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, ejercicio de respiración consciente y conexión emocional con lo valioso de su vida, metáfora el funeral y cierre de sesión.
<i>Resultados</i>	Incremento de la flexibilidad psicológica, flexibilización en sus relaciones interpersonales, establecimiento de nuevos significados en sus relaciones interpersonales, toma de conciencia de lo valiosa que es su vida, de todo lo que puede aportar a su familia y a su contexto social, conexión emocional con sus metas, con sus capacidades, con sus habilidades, con sus sueños, sus proyectos y con todo lo valioso de su vida. Sigue mejorando la relación con sus hijos, ya volvió a matricular a su hijo en la universidad, la relación con su novio va muy bien. Está mejorando la atención de sus clientes, el dolor de cabeza es muy mínimo, sigue durmiendo 4 horas seguidas. 10.00-2:00. a.m. Sólo escuchó las voces una vez en la semana, pero no se autolesionó, el episodio apenas duró como media hora. Piensa que las voces las está generando ella en su mente por tanto sufrimiento, ya no llora casi, llega tranquila a casa. Dialoga con sus hijos antes de acostarse, ha disminuido la angustia al

	quedarse sola, al igual que los episodio de llanto. La angustia de la crisis al despertar ha disminuido.
--	--

<i>Sesión</i>	14
<i>Objetivo</i>	Conducir a la consultante a discernir lo valioso de su vida y a direccionar sus acciones a la vivencia de sus experiencias valiosas.
<i>Fase</i>	Valores
<i>Técnica</i>	Metáfora del epitafio
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, ejercicio de respiración consciente y conexión emocional con lo valioso de su vida, ejercicio del epitafio de su vida. Cierre de sesión.
<i>Resultados</i>	<p>Apertura experiencial en sus relaciones interpersonales y sociales, conexión emocional con lo valioso de su vida, toma de conciencia de su liderazgo, de sus habilidades, de su deseo de servir a la comunidad, acciones dirigidas hacia lo valioso de su vida, hacia la planeación de su proyecto empresarial.</p> <p>EPITAFIO</p> <p>“Aquí yace una mujer que desde que decidió salir del infierno de su vida, se dedicó a cultivar la pequeña semillita de su nueva vida y a vivir en el momento presente apoyando a todo el que más la necesitó”.</p> <p>Durante la semana fue capaz de hablar de su experiencia sin dolor, se liberó de la angustia con su papá, apertura en sus relaciones</p>

	<p>interpersonales y sociales. Se integró con algunos compañeros de la universidad, se vinculó al grupo de WhatsApp del salón, conformó equipo de trabajo con Tatiana y dos compañeras más para los trabajos grupales, se sintió acogida y aceptada por todos los compañeros del salón, mejoró la relación con sus clientes, retomó el proyecto productivo de SPAC para fondo Emprender del Sena, su novio le propuso matrimonio, se dio cuenta que el aislamiento social y la desconfianza eran huecos que había cavado y que se habían convertido en muros que a apartaban de sus metas, no escuchó voces, sólo lloró un día en la semana, la crisis al despertar sólo le duró como media hora, durmió 5 horas seguidas.</p>
--	--

<i>Sesión</i>	15
<i>Objetivo</i>	Generar las condiciones para que la consultante experimente y tome conciencia de que el control de sus eventos privados es lo que le ha distanciado del logro de sus objetivos alargando e incrementando su malestar.
<i>Fase</i>	El control es el problema
<i>Técnica</i>	Metáfora del computador
<i>Actividad</i>	<p>¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, ejercicio de respiración consciente y conexión emocional con lo valioso de su vida, ejercicio de la metáfora del ordenador, sensibilización a retomar el tratamiento psiquiátrico.</p> <p>Cierre de sesión.</p>

<i>Resultados</i>	<p>Toma de conciencia de todo lo que ha perdido por seguir controlando su vida.</p> <p>Reporta que en la semana tuvo sentimientos de vergüenza y culpa porque las personas pueden pensar que ella es una cualquiera por estar sola con sus hijos, se siente una mujer indigna, porque consiguió su novio por internet, porque es una mala madre, porque ha sido pisoteada.</p> <p>Los mensajes que se le pusieron en el computador la ayudaron a tomar conciencia que seguía cavando huecos y alimentando al tigre.</p> <p>Suspendió la droga psiquiátrica desde hace un mes porque le hijo le dijo que era muy dañina, le hace aromáticas.</p>
-------------------	---

<i>Sesión</i>	16
<i>Objetivo</i>	Generar las condiciones para que la consultante experimente y tome conciencia de que el control de sus eventos privados es lo que le ha distanciado del logro de sus objetivos alargando e incrementando su malestar.
<i>Fase</i>	El control es el problema
<i>Técnica</i>	Metáfora el dique en el agujero
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, ejercicio de respiración consciente y conexión emocional con lo valioso de su vida, ejercicio del dique del agujero.

<i>Resultados</i>	<p>Toma de conciencia de todo lo que ha perdido por no dejar fluir su vida. Ha perdido su paz, su tranquilidad, no disfrutar el amor de su pareja, a sus hijos, entre otras.</p> <p>Manifiesta que durante la semana vio a su ex – esposo y no sintió tanta rabia, ni la ansiedad de antes, le habló bien a sus hijos del papá y ellos le dijeron que si estaba loca. Ya no tiene las crisis al despertar, siente un miedo leve y ganas de prender luces y abrir la puerta de la calle pero se acuerda del alimento del tigre y decide no seguirlo alimentando</p>
-------------------	--

<i>Sesión</i>	17
<i>Objetivo</i>	Generar las condiciones para que la consultante experimente y tome conciencia de que el control de sus eventos privados es lo que le ha distanciado del logro de sus objetivos alargando e incrementando su malestar.
<i>Fase</i>	El control es el problema
<i>Técnica</i>	Metáfora la radio encendida
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, ejercicio de respiración consciente y conexión emocional con lo valioso de su vida, metáfora mantener la radio siempre encendida. Cierre de sesión.
<i>Resultados</i>	<p>Capacidad de observar sus experiencias privadas. Incremento de la aceptación de sus eventos privados.</p> <p>Se sigue despertando en la noche, pero sin angustias, persisten las compulsiones, pero sólo a nivel de eventos privados.</p>

	<p>Reporta que durante la semana durmió cinco horas seguidas, se despertó a las tres de la mañana, pero como a la media hora se volvió a dormir. Cuando suena la alarma del despertador le da pereza levantarse y sigue durmiendo otro rato. La siguen asaltando los pensamientos de su niñez y los miedos del día cuando se queda sola, pero los episodios de llanto son muy ocasionales. Continúa direccionado su vida en la dirección elegida.</p>
--	---

<i>Sesión</i>	18
<i>Objetivo</i>	Alterar las funciones de los pensamientos negativos, provocando un distanciamiento cognitivo, a través de ejercicios experienciales que posibilite a la consultante romper el significado literal de los eventos privados.
<i>Fase</i>	Defusión
<i>Técnica</i>	Ejercicio experiencial con el tablero de ajedrez
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, ejercicio de respiración consciente y conexión emocional con lo valioso de su vida, ejercicio experiencial con el tablero de ajedrez. Cierres de sesión.
<i>Resultados</i>	<p>Incremento de la capacidad de observar sus experiencias privadas y de su capacidad de darse cuenta cuando está fusionada con sus experiencias privadas, apertura a las relaciones interpersonales en su estudio y en su contexto laboral y social.</p> <p>Reporta que tiene buenas relaciones con sus clientes, pero hay momentos en lo que los pensamientos de vergüenza, desconfianza e indignidad, tristeza y</p>

	<p>culpa la asaltan, pero sigue direccionando su vida hacia lo que ella considera valioso,</p> <p>Todo el mundo le pregunta qué se ha hecho que se ve tan feliz y tan diferentes</p> <p>Hay momentos en los que tiene discusiones con sus hijos, pero son más esporádicos y ya no los volvió a relacionar con el papá</p>
--	---

<i>Sesión</i>	19
<i>Objetivo</i>	Alterar las funciones de los pensamientos negativos, provocando un distanciamiento cognitivo, a través de ejercicios experienciales que posibilite a la consultante romper el significado literal de los eventos privados.
<i>Fase</i>	Defusión
<i>Técnica</i>	ejercicio experiencia del observador y ejercicio del laboratorio de vida
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, ejercicio de respiración consciente y conexión emocional con lo valioso de su vida, ejercicio del observador, ejercicio del laboratorio de su vida. Cierre de sesión.
<i>Resultados</i>	Incremento de su capacidad de observar sus eventos privados y de su capacidad de autoconciencia. Resignificación de su rol parental.

	<p>Refiere estar muy emocionada con el matrimonio, ya fue a escoger el vestido, ha disminuido el control de sus hijos ya no los llama tan seguido, hubo un día en que al quedarse sola volvió a experimentar todos los miedos, pero el llanto solo le duró como dos horas</p> <p>Ayer conoció por Skype a los hijos de su novio y le parecieron muy amables.</p> <p>Persiste el miedo a dormir del lado izquierdo.</p>
--	--

<i>Sesión</i>	20
<i>Objetivo</i>	Aplicar pruebas psicométricas para complementar el seguimiento al proceso de intervención terapéutica.
<i>Fase</i>	evaluación de seguimiento
<i>Técnica</i>	aplicación de pruebas
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, aplicación de pruebas, cierre de sesión.
<i>Resultados</i>	

<i>Sesión</i>	21
<i>Objetivo</i>	Conducir a la consultante a discernir lo valioso de su vida y a direccionar sus acciones a la vivencia de sus experiencias valiosas.
<i>Fase</i>	Valores

<i>Técnica</i>	Metáfora el jardín
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos? , ejercicio de respiración consciente y conexión emocional con lo valioso de su vida, metáfora del jardín. Cierre de sesión
<i>Resultados</i>	<p>Toma de conciencia que sus eventos privados desagradables seguirán presentándose en su mente, pero que a través de la autoconciencia y aceptación de sus eventos privados seguirá direccionando sus acciones hacia lo valioso de su vida. Adquisición de compromiso en el cuidado diario de su jardín.</p> <p>Refiere sentirse como nueva, como si hubiera vuelto a nacer, todos los días sonríe. Se sigue despertando en la noche, pero sin miedo, le dan compulsiones pero solo a nivel de eventos privados, no se levanta de la cama. Sigue el miedo a dormir del lado izquierdo de la cama.</p>

<i>Sesión</i>	22
<i>Objetivo</i>	Conducir a la consultante a discernir lo valioso de su vida y a direccionar sus acciones a la vivencia de sus experiencias valiosas.
<i>Fase</i>	Valores
<i>Técnica</i>	Metáfora la libreta de la vida
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, ejercicio de respiración consciente y conexión emocional con lo valioso de su vida, metáfora la libreta de vida.

<i>Resultados</i>	<p>Toma de conciencia de registrar en la libreta de la vida los acontecimientos significativos, los pasos hacia las nuevas acciones.</p> <p>Reporta que durante la semana tuvo incremento de acciones encaminadas a lo valioso de su vida (dedicación de tiempo para el dialogo y compartir con sus hijos, priorización de lo valioso de su vida). Disminución del odio y el rencor. Manifiesta que sus hijos están muy felices, dicen que ahora sí tienen mamá, todos los días madruga a despacharlos y todos los días cierra el negocio más temprano para preparar la comida a sus hijos y dialogan en familia.</p>
-------------------	---

<i>Sesión</i>	23
<i>Objetivo</i>	Conducir a la consultante a discernir lo valioso de su vida y a direccionar sus acciones a la vivencia de sus experiencias valiosas.
<i>Fase</i>	Valores
<i>Técnica</i>	El sendero de la montaña
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, ejercicio de respiración consciente y conexión emocional con lo valioso de su vida, metáfora sendero de la montaña
<i>Resultados</i>	Incremento en la Toma de conciencia de la importancia de direccionar sus acciones a lo valioso de su vida.

	<p>Expresa sentir que le hace falta tiempo para disfrutar a sus hijos, conserva las claves personales de sus hijos pero no les revisa sus redes sociales. Se acuesta y deja a sus hijos conectados a las redes sociales, hace 3 días no se despierta en la noche. Desde hace una semana está cambiando los pensamientos hacia el papá de sus hijos, ya no tiene resentimiento hacia él.</p> <p>Nota: A partir de esta sesión sigue viniendo una vez por semana</p>
--	---

<i>Sesión</i>	24
<i>Objetivo</i>	Conducir a la consultante a discernir lo valioso de su vida y a direccionar sus acciones a la vivencia de sus experiencias valiosas.
<i>Fase</i>	Valores
La burbuja que avanza	La burbuja que avanza
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, ejercicio de respiración consciente, ejercicio de conexión emocional con lo valioso de su vida, metáfora de la burbuja que avanza. Cierre de sesión.
<i>Resultados</i>	<p>Toma de conciencia de la importancia de estar dispuesta a vivir sus experiencias privadas sin juzgarlas y sin alejarse de lo valioso de su vida</p> <p>Reporta que ya se casó, todo en su vida es como una cadena cosas buenas.</p> <p>Ya iniciaron proceso médico de preparación para la gestación</p>

<i>Sesión</i>	25
<i>Objetivo</i>	Generar las condiciones para que la consultante experimente y tome conciencia de que el control de sus eventos privados es lo que le ha distanciado del logro de sus objetivos alargando e incrementando su malestar.
<i>Fase</i>	El control es el problema
<i>Técnica</i>	Metáfora el invitado grosero
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, ejercicio de respiración consciente y conexión emocional con lo valioso de su vida, metáfora del invitado grosero. Cierre de sesión.
<i>Resultados</i>	<p>Incremento de la toma de conciencia de la importancia estar abierta a las experiencias, sin juzgarlas para el direccionamiento de sus acciones a lo valioso de su vida.</p> <p>Refiere que esta semana Colocó una foto grande de su matrimonio en el negocio y habla con la gente de ello, antes no hubiera sido capaz ni de poner la foto</p>

<i>Sesión</i>	26
<i>Objetivo</i>	Generar las condiciones para que la consultante experimente y tome conciencia de que el control de sus eventos privados es lo que le ha distanciado del logro de sus objetivos alargando e incrementando su malestar.
<i>Fase</i>	El control es el problema

<i>Técnica</i>	Metáfora el polígrafo, ejercicio cuáles son los números, ejercicio de la torta de chocolate
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, ejercicio de respiración consciente, ejercicio de conexión emocional con lo valioso de su vida metáfora del polígrafo, ejercicio de cuáles son los números, ejercicio de la torta de chocolate. Cierre de sesión.
<i>Resultados</i>	<p>Toma conciencia de la manera cómo el control de sus eventos privados la aleja de lo valioso de su vida.</p> <p>Reportó recaída por un zapatico que se encontró de bebé y generó discusión con su hija, y finalmente la niña le confesó que en su infancia había sido tocada y en muchas ocasiones ha intentado suicidarse y ahora si lo va a lograr, porque ella nunca ha tenido mamá y el papá la abandonó. La angustia de pensar que lo mismo que ella sufrió con las violaciones de esposo y ella no estuvo presente para apoyarla por estar controlando sus eventos privados le desató la recaída, pero cuando llegó a consulta ya estaba regulada. Mientras se estabilizaba escuchó un programa en Cristovision hablaron del perdón de Dios y le mandaron a su teléfono una oración de liberación y sanación. Eso la estabilizó mucho. Fruto de ese proceso de estabilización creo la metáfora de la semilla.</p>

<i>Sesión</i>	27
---------------	----

<i>Objetivo</i>	Alterar las funciones de los pensamientos negativos, provocando un distanciamiento cognitivo, a través de ejercicios experienciales que posibilite a la consultante romper el significado literal de los eventos privados.
<i>Fase</i>	Defusión
<i>Técnica</i>	Metáfora del burro y el granjero
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, ejercicio de respiración consciente y conexión emocional con lo valioso de su vida, metáfora del burro y del granjero. Cierre de sesión
<i>Resultados</i>	<p>Incremento de la aceptación de sus eventos privados y de las acciones dirigidas hacia lo valioso de su vida (mayor tiempo compartido con sus hijos, cercanía emocional y espacios para el dialogo y el encuentro familiar).</p> <p>Reporta que sigue sacando espacios familiares para compartir con los hijos todos los días. Su esposo regresó a EE.UU y ella se quedó tranquila, sigue el proceso médico para la maternidad. Esta semana tuvo dolores de cabeza muy fuertes. Durante toda la semana ha hecho cenas especiales para sus hijos. Duerme en la misma cama con sus hijos</p>

5.

<i>Sesión</i>	28
<i>Objetivo</i>	Alterar las funciones de los pensamientos negativos, provocando un distanciamiento cognitivo, a través de ejercicios experienciales que posibilite a la consultante romper el significado literal de los eventos privados.

<i>Fase</i>	Defusión
<i>Técnica</i>	Ejercicio leche, leche, jamón, jamón, sombra, sombra, no valgo nada, no valgo nada.
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, ejercicio de respiración consciente y conexión emocional con lo valioso de su vida, ejercicio leche, leche, jamón, jamón, sombra, sombra, no valgo nada, no valgo nada. Cierre de sesión.
<i>Resultados</i>	<p>Toma de conciencia del yo como perspectiva, incremento de la capacidad de diferenciar el yo contenido del yo contexto de la toma de conciencia cuando se fusiona con el yo contenido.</p> <p>Sigue caminado en la dirección elegida, hay momentos de tristeza, pero sigue caminando en la ruta de su nueva vida.</p> <p>En toda la semana no le ha dado migraña, ya no se tiene que tomar la pastilla, persiste el miedo a dormir sola.</p>

<i>Sesión</i>	29
<i>Objetivo</i>	Alterar las funciones de los pensamientos negativos, provocando un distanciamiento cognitivo, a través de ejercicios experienciales que posibilite a la consultante romper el significado literal de los eventos privados.
<i>Fase</i>	Defusión
<i>Técnica</i>	Ejercicio del escudo de la culpa y sacar la mene a pasear

<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, ejercicio de respiración consciente y conexión emocional con lo valioso de su vida, ejercicio escudo de la culpa, ejercicio sacar la mente a pasear.
<i>Resultados</i>	<p>Incremento de la capacidad de observación de sus eventos privados y toma de conciencia. Incremento de la tasa de autorregulación emocional, toma de conciencia de la culpa como escudo para evitar el contacto con lo valioso de su vida.</p> <p>Manifiesta sentirse muy feliz por todos los cambios que le ha dado a su vida, ahora se la pasa la mayor parte del tiempo pensando en sus metas. La universidad la está apoyando con el proyecto Fondo Emprender del SENA, ella trabaja intensamente en ello El esposo le dijo que si gana ese concurso él se viene a vivir a Bucaramanga, sus hijos la están apoyando con el proyecto.</p>

<i>Sesión</i>	30
<i>Objetivo</i>	Conducir a la consultante a discernir lo valioso de su vida y a direccionar sus acciones a la vivencia de sus experiencias valiosas.
<i>Fase</i>	Valores
<i>Técnica</i>	Metáfora la semilla, metáfora del coche en ruta
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, ejercicio de respiración consciente y conexión emocional con lo valioso de su vida, metáfora de la semilla (creación de la consultante), metáfora del coche en ruta. Cierre de sesión.

<i>Resultados</i>	<p>Incremento de la toma de vivir el momento presente, creación de la metáfora la semilla como proceso de autoconciencia de realizar acciones diarias direccionadas a lo valioso de su vida, resignificación de su maternidad y creación de nuevos significados en las relaciones con sus hijos.</p> <p>Reporta que sigue caminando en la dirección elegida, le está enseñando a sus hijos a no tener rencor al papá. Reguló el sueño, ocasionalmente se despierta en la noche, pero se vuelve a dormir rápido.</p>
-------------------	---

<i>Sesión</i>	31
<i>Objetivo</i>	Aplicar pruebas psicométricas para complementar el seguimiento al proceso de intervención terapéutica.
<i>Fase</i>	evaluación de seguimiento
<i>Técnica</i>	aplicación de pruebas
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, aplicación de pruebas, cierre de sesión.
<i>Resultados</i>	Próxima sesión en un mes

<i>Sesión</i>	32
<i>Objetivo</i>	Conducir a la consultante a discernir lo valioso de su vida y a direccionar sus acciones a la vivencia de sus experiencias valiosas.
<i>Fase</i>	Valores

<i>Técnica</i>	Metáfora del viaje y del jinete
<i>Actividad</i>	¿Qué has hecho estos días para lograr tus objetivos?, ejercicio de respiración consciente y conexión emocional con lo valioso de su vida, metáfora del viaje, metáfora del jinete. Cierre del proceso.
<i>Resultados</i>	Reporta que a los 3 días de la sesión anterior tuvo otra recaída, porque ese día le notificaron que al día siguiente le realizarían la laparoscopia que estaba pendiente dentro de su proceso de preparación para la maternidad. Esta recaída fue diferente a las anteriores, porque consistió en un miedo, pero esta vez el miedo tenía una manifestación topográfica diferente: era miedo a enfrentarse a la cirugía, miedo a los efectos de la anestesia, miedo a no saber qué tan doloroso era el proceso de recuperación, cuántos días le iban a dar de incapacidad, miedo por no tener la certeza si la cirugía en lugar de ayudar el proceso de gestación podría generar efectos contraproducentes, pero se volvió a regular rápido y fruto de ese proceso creó la metáfora de la licuadora y del ciclo PHVA. Manifiesta sentirse una persona nueva, disfruta a sus hijos y a su esposo.

Anexo 13: Metáforas y ejercicios usadas en la intervención

***Metáfora del hombre en el hoyo*, (sesión 3 y 8)**

Un hombre camina por un campo de hoyos con los ojos vendados, igual que nosotros caminamos por la vida pero no sabemos en dónde están los hoyos, que son situaciones de dolor, angustia y ansiedad, aunque no queremos caer en

ninguno de ellos. Se le provee de una pala, que es el equivalente a las reglas verbales que las personas utilizan sobre qué hacer si sentimos malestar, por ej., no pensar. Vendado y con la pala, el hombre cae en un hoyo y quiere salir de allí porque no le gusta y además, estar allí le impide hacer lo que es valioso en su vida. Pero ¿qué puede hacer con la herramienta que tiene?, sólo cavar, pero al cavar resulta que consigue hacer el hoyo más grande, no importa que cabe en distintos sitios del hoyo o de distintas formas. No obstante, a veces tales acciones, sirven para salir del hoyo (valen a corto plazo), pero vuelves a caer en otro. El problema no es la herramienta, el problema es que sólo sabe cavar, quitar tierra (eliminar lo que molesta, hacer lo que sea para reducir el dolor), y paradójicamente lo único que consigue es hacer el hoyo más grande. Pero él, y sólo él, sabrá cuando está cavando, lo notará en su corazón, en sus entrañas. Sólo aprenderá otras formas que no sean cavar desde un conocimiento profundo del sentimiento que le produce cavar. ¿Hay algo en ti, qué esté relacionado con esta historia?, ¿hay en tu vida situaciones en las que sólo te hayas dedicado a cavar?

Metáfora del autobús y los pasajeros, (sesión 4)

Imagínate que tú eres la conductora de un autobús con muchos pasajeros. Los pasajeros son pensamientos, sentimientos, recuerdos y todas esas cosas que uno tiene en su vida. Es un autobús con una única puerta de entrada, y sólo de entrada. Algunos de los pasajeros son muy desagradables y con una apariencia peligrosa.

Mientras tú conduces el autobús algunos pasajeros comienzan a amenazarte diciéndote lo que tienes que hacer, dónde tienes que ir, ahora gire a la derecha, ahora vaya más rápido, etc., incluso te insultan y desaniman, eres una mala conductora, una fracasada, nadie te quiere... Tú te sientes muy mal y haces casi todo lo que te piden para que se callen, se vayan al fondo del autobús durante un rato y así te dejen conducir tranquila.

Pero algunos días te cansas de sus amenazas, y quieres echarlos del autobús, pero no puedes y discutes y te enfrentas con ellos. Sin darte cuenta, la primera cosa que has hecho es parar, has dejado de conducir y ahora no estás yendo a ninguna parte. Y además los pasajeros son muy fuertes, resisten y tú no puedes bajarlos del autobús. Así que resignada vuelves a tu asiento y conduces por donde ellos mandan para aplacarlos.

De esta forma, para que no te molesten y no sentirte mal tú empiezas a hacer todo lo que te dicen y a dirigir el autobús por donde te dicen para no tener que discutir con ellos ni verlos. Tú haces lo que te ordenan y cada vez lo haces antes, pensando en sacarlos de tu vida. Muy pronto, casi sin darte cuenta, ellos ni siquiera tendrán que decirte “gire a la izquierda”, sino que usted girará a la izquierda para evitar que los pasajeros se echen sobre ti y te amenacen.

Así, sin tardar mucho, empiezas a justificar tus decisiones de modo que casi crees que ellos no están ya en el autobús y convenciéndote de que estás llevando el autobús por la única dirección posible. El poder de estos pasajeros se basa en amenazas del tipo “si no haces lo que te decimos, apareceremos y haremos que nos mires, y te sentirás mal”. Pero eso es todo lo que pueden hacer. Es verdad que cuando aparecen estos pasajeros,

pensamientos y sentimientos muy negativos, parece que pueden hacer mucho daño, y por eso tú aceptas el trato y haces lo que te dicen para que te dejen tranquila y se vayan al final del autobús donde no les puedas ver.

¡Intentando mantener el control de los pasajeros, en realidad has perdido la dirección del autobús! Ellos no giran el volante, ni manejan el acelerador ni el freno, ni deciden dónde parar. **La conductora eres. Que no decidan tus pasajeros por ti.** “Preocuparse es como una silla mecedora, te da algo que hacer pero no te lleva a ningún lado.” Van Wilder.

Metáfora del monstruo y la cuerda, (sesión 6)

¿Crees que tu problema se parece a una persona que estuviese unida a un monstruo por una cuerda y con un foso entre ambos? Mientras el monstruo está tranquilo, dormido y acostado, esa persona no puede verlo, pero en cuanto se despierta se hace insoportable, insufrible, y esa persona tira de la cuerda para conseguir tirar al monstruo al foso. A veces parece que se calma al tirar de la cuerda, como si se diera por vencido, pero lo que ocurre a la larga es que cuanto más tira esa persona, más próxima está del filo del foso y, por el contrario, más grande, fuerte y amenazante está haciéndose el monstruo. Así la situación es que esa persona tiene que estar pendiente constantemente de si el monstruo se levanta para tirar de la cuerda y, además, cuando ella tira el monstruo también lo hace, lo que a veces lleva a que ella esté al borde del abismo. Y mientras, su vida se limita a estar pendiente de la cuerda. A esa persona le gustaría no estar atado

al monstruo, pero eso no es algo que pueda cambiarse, de manera que se plantea qué puede hacer basado en su experiencia. Una posibilidad para hacer su vida es soltar la cuerda y ver al monstruo. Otra que su vida se limite a estar pendiente de la cuerda. ¿Crees que tu vida se parece en algo a la persona de esta historia?

Ejercicio buscando el diamante, (sesión 7)

Los ciclistas saben que ir cuesta arriba es doloroso -literalmente. Golpeas los pedales, te esfuerzas, y duele. Y la cuesta se prolonga. Incluso, a veces, ni siquiera puedes ver la cima, o peor aún, sí puedes verla. Pero en todas, salvo en las más perversas, hay una zanahoria que nos atrae desde la cima: el rápido descenso cuesta abajo que es una de las experiencias más cercanas a volar que podemos tener.

Piensa en una situación en la cual te podrías haber abierto a algún tipo de experiencia dolorosa. Tu objetivo es sólo sentarte con ese recuerdo y dejar que tu percepción gire en torno a sus bordes. Tu único objetivo es hacer contacto con algo precioso que efectivamente perdiste al evitar el dolor -un pequeño diamante de plata brillando entre un fondo de grises. Permítete sentir esa experiencia en tu mente, y encuentra ese diamante ahora mismo en tu mente

Metáfora del anillo, (sesión 9)

Un joven acudió a donde su maestro y le dijo “Vengo, maestro, porque me siento tan poca cosa que no tengo fuerzas para hacer nada. Me dicen que no sirvo, que no hago

nada bien, que soy torpe, que no merezco que nadie me quiera y que soy bastante tonto. Estoy desesperado y angustiado, no puedo más con mi vida. ¿Cómo puedo mejorar? ¿Qué puedo hacer para que me valoren más? El maestro sin mirarlo, le, dijo:

– Cuanto lo siento muchacho, no puedo ayudarte, debo resolver primero mi propio problema. Quizás después. Y haciendo una pausa agrego:

– Si quisieras ayudarme tú a mí, yo podría resolver este problema con más rapidez y después tal vez te pueda ayudar.

– E. . . encantado, maestro- titubeó el joven, pero sintió que otra vez era desvalorizado, y sus necesidades postergadas.

Bien, asintió el maestro. Se quitó un anillo que llevaba en el dedo pequeño y dándoselo al muchacho, agrego – toma el caballo que está allá afuera y cabalga hasta el mercado. Debo vender este anillo porque tengo que pagar una deuda. Es necesario que obtengas por el la mayor suma posible, pero no aceptes menos de una moneda de oro. Ve y regresa con esa moneda lo más rápido que puedas.

El joven tomó el anillo y partió. Apenas llegó, empezó a ofrecer el anillo a los mercaderes. Estos lo miraban con algún interés, hasta que el joven decía lo que pretendía por el anillo. Cuando el joven mencionaba la moneda de oro, algunos reían, otros le volteaban la cara y solo un viejito fue tan amable como para tomarse la molestia de

explicarle que una moneda de oro era muy valiosa para entregarla a cambio de un anillo. En el afán de ayudar, alguien le ofreció una moneda de plata y un cacharro de cobre, pero el joven tenía instrucciones de no aceptar menos de una moneda de oro y rechazó la oferta. Después de ofrecer su joya a toda persona que se cruzaba en el mercado más de cien personas, abatido por su fracaso montó su caballo y regresó.

¡Cuánto hubiera deseado el joven tener él mismo esa moneda de oro! Podría entonces habérsela entregado él mismo al maestro para liberarlo de su preocupación y recibir entonces su consejo y ayuda. Entró en la habitación— Maestro -dijo- lo siento, no se puede conseguir lo que me pediste. Quizás pudiera conseguir dos o tres monedas de plata, pero no creo que yo pueda engañar a nadie respecto del verdadero valor del anillo. Que importante lo que dijiste, joven amigo- contestó sonriente el maestro. Debemos saber primero el verdadero valor del anillo. Vuelve a montar y vete al joyero. ¿Quién mejor que él para saberlo? Dile que quisieras vender el anillo y pregúntale cuánto te da por él. Pero no importa lo que ofrezca, no se lo vendas. Vuelve aquí con mi anillo. El joven volvió a cabalgar.

El joyero examinó el anillo a la luz del candil con su lupa, lo pesó y luego le dijo: Dile al maestro, muchacho, que si lo quiere vender ya, no puedo darle más que 58 monedas de oro por su anillo. -¡ ¡ ¡ 58 MONEDAS ! ! ! Exclamó el joven. Sí, replicó el joyero- yo sé que con tiempo podríamos obtener por el cerca de 70 monedas, pero no sé. . . si la venta es urgente. . . El joven corrió emocionado a la casa del maestro a contarle lo sucedido. Siéntate- dijo el maestro después de escucharlo – Tú eres como este anillo: Una joya,

valiosa y única. Y como tal, solo puede evaluar verdaderamente un experto y ese experto eres tú. ¿Qué haces por la vida pretendiendo que cualquiera descubra tu verdadero valor? Y diciendo esto, volvió a ponerse el anillo en el dedo pequeño.

EJERCICIO DE RESPIRACIÓN CONSCIENTE Y CONEXIÓN EMOCIONAL CON LO VALIOSO

(Sesiones de la 9 a la 32)

Te invito a que te sientes con tus pies apoyados en el piso y tu espalda derecha... Ahora, cierra tus ojos... Trae tu atención a tu respiración y obsérvala como si fueras una científica curiosa que nunca ha visto la respiración antes... Nota el aire mientras entra a través de tus fosas nasales...y baja hasta el fondo de tus pulmones... Ahora, nócala mientras fluye hacia afuera nuevamente... Nota el aire moviéndose dentro y fuera de tus fosas nasales... Nota cómo es ligeramente más cálido cuando sale... y ligeramente más frío cuando entra... nota la sutil elevación y descenso de tus hombros..., la gentil elevación y descenso de tu tórax..., la calmada elevación y descenso de tu abdomen... fija tu atención en una de estas áreas, dondequiera que prefieras: en el aire entrando y saliendo por tus fosas nasales, en la elevación y descenso de tu tórax, o en tu abdomen...

Mantén tu atención en este punto, notando el movimiento de tu respiración –entrando y saliendo... Sean cuales sean tus sentimientos, impulsos o sensaciones que surjan, placenteros o displacenteros, gentilmente reconócelos, como si saludaras con un movimiento de cabeza a personas que están pasando por tu calle... gentilmente reconoce su presencia y déjalos estar... permitirles ir y venir a su antojo, y mantén tu atención en tu respiración... Sean cuales sean los pensamientos, imágenes o recuerdos que surjan, confortables o incómodos, sólo reconócelos y permítilos estar... déjalos ir y venir a su antojo, y mantén tu atención en la respiración... De vez en

cuando, tu atención va a perderse cuando seas capturada por tus pensamientos. Cada vez que esto suceda, nota qué te ha distraído, y vuelve a traer tu atención a la respiración nuevamente... Sin importar qué tanto te vayas, sean cien o mil veces, tu meta es simplemente notar qué te ha distraído y volver a enfocarte en tu respiración... Una y otra y otra vez, te vas a ir en tus pensamientos. Esto es normal, natural y nos pasa a todos. Nuestras mentes naturalmente se distraen de lo que estamos haciendo. Cada vez que te des cuenta de que tu atención se ha ido, gentilmente nota que se ha ido, nota qué te ha distraído, y regresa tu atención a tu respiración.... Sin importar qué tan a menudo tu atención se vaya, gentilmente reconoce que se ha ido, nota qué te ha distraído y vuelve a enfocarte en tu respiración... ahora trae a tu mente en este momento aquello que siempre has deseado a hacer o tener, mantén la imagen en tu mente, obsérvala y entra en contacto con ella, observa sus colores, sus formas, sus olores... observa las sensaciones que te producen en tu cuerpo... permítete sentir esas esas emociones, no las detengas... siéntelas y conéctate con ellas.... Siente la emoción de estar realizando por primera vez eso que tanto has deseado.... Conéctate con ese momento.... Siéntelo...disfruta la felicidad de ese momento.... Permite que esa alegría recorra todo tu cuerpo.... Contempla esa inmensa felicidad y permítete disfrutarla con toda la intensidad que hay en ti... deja que esa alegría recorra todo tu cuerpo... Cuando estés lista, tráete de regreso a este lugar nuevamente y abre tus ojos cuando lo desees.

El juego de la culpa (Hayes & Spencer, 2013). (Sesión 10)

Registra en este formato todos los sentimientos de culpa que se te vengan a la mente y en la columna del lado derecho en una escala de 1 a 10 valora lo adecuadamente que

estos sentimientos de culpa funcionaron para motivarte y darte la fuerza necesaria para cambiar tu vida de una manera vital, plena y liberadora. Uno significa que no tuvo poder alguno para motivarte y darte la fuerza necesaria para el cambio y 10 significa el máximo poder.

LISTADO CULPABILIZACIONES	E 1 A 10

Ejercicio hojas flotando en la corriente (Hayes, 2013). (Sesión 10)

Te voy a pedir el favor que cierres tus ojos, apoyes tus pies en el piso y mantén tu espalda recta. Trae tu atención a tu respiración... Nota el aire mientras entra a través de tus fosas nasales...y baja hasta el fondo de tus pulmones... Ahora, nótala mientras fluye hacia afuera nuevamente... Sean cuales sean los pensamientos, imágenes o recuerdos que surjan, confortables o incómodos, sólo reconócelos y permítilos estar... déjalos ir y venir a su antojo, y mantén tu atención en la respiración... Ahora, imagina una hermosa corriente que fluye lentamente. El agua se desliza sobre rocas, entre árboles, va descendiendo y corre a lo largo de un valle. De vez en cuando, una hoja

grande cae en la corriente y va flotando río abajo. Imagina que estás sentado junto a la corriente, en un día templado y soleado, observando cómo van flotando las hojas.

Ahora, toma conciencia de cada uno de tus sentimientos de culpa... y de uno en uno los vas depositando en esas hojas que van cayendo... deja que la corriente se vaya llevando esas hojas con cada uno de tus sentimientos de culpa... permanece sentada junto a esa corriente, mientras dejas que las hojas sigan flotando... No intentes hacer que la corriente vaya más rápido o más despacio; no intentes cambiar lo que aparezca encima de las hojas de ninguna manera. Si desaparecen las hojas o si tú, mentalmente, te vas a otra parte o si resulta que te encuentras en medio de la corriente o sobre una hoja, simplemente detente y percibe lo que está ocurriendo. Archiva esa percepción y vuelve otra vez al borde de la corriente, Localiza el siguiente pensamiento de tu mente, escríbelo en una hoja y deja que la hoja se vaya flotando corriente abajo.

Ejercicio experiencial con el papá, (sesión 11)

Siéntate cómoda en tu silla, apoya tus pies en el piso y pon tu espalda recta. Cierra tus ojos y entra en contacto con tu respiración. ... Nota el aire moviéndose dentro y fuera de tus fosas nasales... Nota cómo es ligeramente más cálido cuando sale... y ligeramente más frío cuando entra... nota la sutil elevación y descenso de tus hombros..., la gentil elevación y descenso de tu tórax..., la calmada elevación y descenso de tu abdomen... fija tu atención en una de estas áreas, dondequiera que prefieras: en el aire entrando y saliendo por tus fosas nasales, en la elevación y descenso de tu tórax, o en tu abdomen...

Mantén tu atención en este punto, notando el movimiento de tu respiración – entrando y saliendo... Sean cuales sean tus sentimientos, impulsos o sensaciones que surjan, placenteros o displacenteros, gentilmente reconócelos, como si saludaras con un movimiento de cabeza a personas que están pasando por tu calle... gentilmente reconoce su presencia y déjalos estar... permitirles ir y venir a su antojo, y mantén tu atención en tu respiración... Sean cuales sean los pensamientos, imágenes o recuerdos que surjan, confortables o incómodos, sólo reconócelos y permítiles estar... déjalos ir y venir a su antojo, y mantén tu atención en la respiración... Ahora trae a tu mente las experiencias más significativas que hayas vivido con tu papá y entra en contacto con ellas. Permítete sentir las en lo más profundo de tu ser. Siente la alegría y la felicidad de esos momentos. Mira la cara de tu papá, observa su sonrisa y la felicidad de compartir ese momento contigo...

Trae a tu mente las palabras que te decía, los deseos que tenía para ti. Conéctate con ellos y permítete sentir las emociones que te generan... deja que esas emociones viajen por todo tu cuerpo... siéntelas en cada fibra de tu ser, en cada una de tus células... Ahora trae a tu mente la imagen de tu papá despidiéndose de ti... Permítete conectarte con ese momento... Trae a tu mente la imagen de él acostado en su cama y diciéndote sus últimas palabras antes de su partida definitiva, entra en contacto con ese momento y vívelo plenamente. Permítete ver toda la imagen de tu papá, mira su rostro, su cuerpo y la cama en la que se encuentra acostado... Fíjate en lo que hace, en cómo te mira, cómo te habla, en lo que te dice, contéplalo en ese momento de despedida final... observa las palabras que te dice, las recomendaciones que te da, los últimos

deseos de él para ti. Permítete entrar en contacto con ese momento y disfrútalo plenamente.... Ahora, obsérvate a ti en ese momento, trae a tu mente lo que estás haciendo mientras tu papá te dice sus últimas palabras...., en qué parte de la habitación te encuentras, y en lo que están haciendo mientras tu papá te dice sus últimas palabras.... Qué haces mientras tu papá te está diciendo sus últimas palabras... qué le dices tú a él, cómo lo despides.... Qué palabras le estás diciendo en ese momento.... Ahora observa cómo sus ojos se van cerrando y los latidos de su corazón empiezan a disminuir... Qué le dices en ese momento.... Qué haces... Ahora, observa el cuerpo de tu papá dando su último aliento de vida y déjalo partir, déjalo ir en paz y tranquilo... Qué palabras especiales le dices en ese momento... Cuando estés lista, tráete de regreso a este lugar nuevamente y abre tus ojos cuando lo desees.

Metáfora de quitarse las gafas, (sesión 11)

Las personas solemos llevar unas gafas oscuras durante muchos años y a fuerza de ver todo a través de las gafas, no apreciamos que todo lo vemos por el color de los cristales. Te has preguntado, ¿Cuántos años llevas con esos cristales viendo como si fueran el cristalino de tus ojos? Es más, al intentar no ver y sentir lo que ves y sientes, es como si hubieras intentado quitar el cristalino, pero lo que has conseguido es que los cristales se hagan cada vez más oscuros, estén más pegados a ti, sean más grandes y ocupen más parcelas a través de las cuales ves tu vida. Y que tal, si tomaras esas gafas y las pusieras a tu lado de modo que pudieras ver las cosas y las gafas que tanto dolor te producen? Desde luego,

puedes pasar más años, incluso tu vida entera, viendo a través de los cristales como si fueran parte de tus ojos. Es algo que solo tú puedes elegir. Pero si eliges eso, también estás aceptando el costo que conlleva hacer eso en tu vida. También puedes elegir “coger” y “ver” las gafas más allá de tus ojos, así verás las gafas y otras cosas, eligiendo lo que más te convenga.

Metáfora bienvenidos todos y el invitado grosero, (sesión 12 y 25)

Imagina que estás preparando una fiesta para el cumpleaños de tu hija y que por orden del alcalde hay una única norma para realizar cualquier fiesta, se trata de poner un cartel en la entrada que diga: “Bienvenidos todos”. Llegó el día de la fiesta de tu hija y tus invitados empiezan a llegar. Antes de que puedas disfrutar de tu fiesta, observas a un invitado grosero, sucio, maloliente y maleducado. Inmediatamente, te alertas y vas hacia él para echarle de la fiesta, pero no puedes hacerlo porque está el cartel de “Bienvenidos todos” e inmediatamente volvería a entrar.

No encuentras otra opción que ir detrás del invitado grosero para conseguir que no moleste a tus otros invitados. ¿Qué hacer para que no moleste? Se te ocurre que puedes encerrarlo en una habitación, pero entonces tienes que estar pendiente de que no salga. Finalmente, no te queda más opción que estar llevándole a la puerta de salida y quedarse allí para que no moleste más. Si te despistas, rápidamente se mezcla con los invitados y tú tienes que volver a estar

detrás de él para que no moleste. Lograste tu objetivo de que no molestara a tus invitados, pero no pudiste disfrutar de la fiesta de tu hija. ¿Estás como anfitriona en tu fiesta de la vida o te la estás perdiendo?

Metáfora del tigre hambriento, (sesión 12)

Imagina que te despiertas una mañana y te encuentras, justo delante de tu puerta, a un adorable cachorrillo de tigre juguetón que está maullando. Por supuesto, metes al zalamero visitante dentro de tu casa y lo adoptas como mascota. Después de jugar con él un rato, observas que está maullando sin parar y te das cuenta que debe tener hambre. Le das un trocito de filete rojo, ya que te imaginas que eso es lo que deben de comer los tigres. Haces la misma operación cada día y, día tras día, tu mascota de tigre crece un poquito más. Al cabo de un par de años, has tenido que cambiar la dieta de pedacitos de hamburguesa para tu tigre y ahora le estás dando costillares enteros y mitades de buey. A cambio, él te ruge ferozmente en cuanto siente que es la hora de comer.

Tu astuta y linda mascota se ha vuelto una bestia salvaje incontrolable, dispuesta a destrozarte si no consigue lo que quiere. La lucha con tu sufrimiento se puede comparar a esta mascota imaginaria de tigre. Cada vez que le das más poder a tu dolor alimentándolo con la carne roja de la evitación experiencial, ayudas al tigre de tu sufrimiento a crecer un poco más. Darle de comer de esa forma parece lo más prudente: El tigre de tu sufrimiento ruge ferozmente advirtiéndote que tienes que alimentarlo con lo que quiere o, si no, te

devorará a ti. Pero, cada vez que le das de comer, contribuyes a que tu sufrimiento se vuelva más fuerte, más intimidatorio y a que tenga mayor control de tu vida.

Piensas en la posibilidad, por improbable que te pueda parecer, de que no es solo que esas estrategias de evitación no hayan funcionado; es que no pueden funcionar. La evitación solo fortalece aquello que tú estás evitando. En otras palabras, cuando tú evitas enfrentarte a tu problema, el problema se incrementa.

Metáfora del funeral, (sesión 13)

Siéntate cómoda en tu silla, apoya tus pies en el piso y pon tu espalda recta. Cierra tus ojos y entra en contacto con tu respiración. ... Nota el aire moviéndose dentro y fuera de tus fosas nasales... Nota cómo es ligeramente más cálido cuando sale... y ligeramente más frío cuando entra... nota la sutil elevación y descenso de tus hombros..., la gentil elevación y descenso de tu tórax..., la calmada elevación y descenso de tu abdomen... fija tu atención en una de estas áreas, dondequiera que prefieras: en el aire entrando y saliendo por tus fosas nasales, en la elevación y descenso de tu tórax, o en tu abdomen...

Mantén tu atención en este punto, notando el movimiento de tu respiración – entrando y saliendo... Sean cuales sean tus sentimientos, impulsos o sensaciones que surjan, placenteros o displacenteros, gentilmente reconócelos, como si saludaras con un movimiento de cabeza a personas que están pasando por tu calle... gentilmente reconoce su presencia y déjalos estar... permitirles ir y venir a su antojo, y mantén tu atención en tu respiración... Sean cuales sean los pensamientos, imágenes o recuerdos que surjan,

confortables o incómodos, sólo reconócelos y permíteles estar... déjalos ir y venir a su antojo, y mantén tu atención en la respiración... Ahora, imagínate que estás asistiendo al funeral de una ser querido. Imagínate conduciendo tu carro a la sala de velación, aparcando cerca de la capilla y saliendo de tu carro. Mientras caminas dentro del edificio adviertes las flores y la suave música del piano. Ves los rostros de amigos, familiares y compañeros de trabajo. Sientes la tristeza compartida de la pérdida y la alegría de haber conocido al difunto que irradian las personas que se encuentran allí.

Cuando llegas frente al ataúd y miras dentro, de pronto te das cuenta que estás a cara contigo mismo. Ése es TU PROPIO FUNERAL. Todas esas personas han ido a rendirte un último homenaje, a expresar sentimientos de amor y aprecio por tu persona. Cuando tomas asiento y esperas a que comience el servicio religioso, miras el programa que tienes en la mano. Habrá 4 oradores y quien oficiará el servicio religioso te ha dado la oportunidad de que tú elijas a esos 4 oradores. Piensa en este momento, ¿qué personas te gustaría que te dieran sus últimas palabras de despedida y qué te gustaría que cada una de esas personas te dijeran?, ¿por qué situaciones te gustaría ser recordada? Conéctate con esa experiencia y permítete vivirla a plenitud. Trae a tu mente cada una de esas personas que elegiste para que te den su último adiós... concéntrate en los momentos más felices que viviste con cada uno de ellos y siente agradecida por todo lo que compartiste con esas personas. Mantén tu atención en esas experiencias y siente la alegría de haberlos vivido. Conéctate con ese momento... Ahora, trae a tu mente las palabras que te gustaría que cada uno te dijera...

conéctate con ese momento y vívelo a plenitud... Cuando estés lista, tráete de regreso a este lugar nuevamente y abre tus ojos cuando lo desees.

Ejercicio del epitafio, (sesión 14)

En esta hoja escribe tu propio epitafio.

NOMBRE: _____

EDAD EN LA QUE OCURRIÓ SU MUERTE: _____

CAUSA DE SU MUERTE _____

AL MOMENTO DE SU MUERTE DESEMPEÑABA LABORES DE:

SUS TALENTOS SOBRESALIENTES

FUERON: _____

ELLA SIEMPRE QUISO PERO NO PUDO: _____

SU MAYOR DECEPCIÓN FUE: _____

EPITAFIO: _____

Ejercicio el ordenador, (sesión 15)

En este ejercicio se utilizó el computador para irle pasando en la pantalla de manera automática cada una de las siguientes frases: “usted es una fracasada”, “hágase daño”, “su vida no tiene sentido”, “usted no merece que nadie la quiera”, “si su mamá no la quiso, quién más la va a querer”, “usted no merece ser feliz”, “todo el mundo le quiere hacer

daño”, “no puedes confiar en nadie”, “la sombra nunca te va a dejar dormir”, “nunca vas a tener un segundo de paz y tranquilidad”, “usted no es nadie”, “usted no vale nada”, mostrándole con ello como su vida se paralizaba al estar pegada literalmente a los mensajes que le da en cada momento la pantalla del computador.

Ejercicio el dique en el agujero, (sesión 16)

Te voy a pedir el favor que te pongas de pie y te pares al frente de esta pared junto a mí. Ahora imagina que esta pared está llena de agujeros y que por todos ellos sale el agua que está atrás en ese dique. En este momento, utilicemos todo nuestro cuerpo (nariz, boca, manos pies), utilicemos toda nuestra creatividad para tapar todos esos agujeros por donde sale el agua. Un, dos, tres... empecemos... Ahora, volvamos a nuestros puestos... ¿te diste cuenta que logramos bloquear el acceso del agua por todos los agujeros que tapamos?, ¿te cuenta que por más que lo intentamos no logramos tapar todos los agujeros?, ¿qué hubiese pasado si hubiésemos permitido que el agua fluyera libremente?, ¿qué representa esa agua en tu vida?, ¿qué significa que durante tanto tiempo no la hayas dejado salir?

Diales de la radio (Hayes, 2013), (sesión 17)

Cuando vienen a tu mente esas experiencias de dolor, es como si hubiera en tu vida dos diales de radio que controlan tu sufrimiento. Uno está rotulado como “Dolor”. Y tú ya has estado intentando con todas tus fuerzas hacer que ese dial descendiera hasta el nivel más bajo de la escala pero tus esfuerzos no parecen haber dado fruto. El otro dial está situado en la parte de atrás del aparato y tú ni siquiera sabías que estaba allí. Su posición controla el nivel de tu lucha con el dolor y la cantidad de esfuerzo que

estás desarrollando para controlar tu dolor. Cuando empezaste tu proceso terapéutico, te la pasabas controlando el dial de tu malestar y gastaste muchos años en ese proceso de autocontrol.

Pero, ahora, ¿qué es lo que te dice tu experiencia real sobre quién establece el punto en el nivel de ese dial? ¿Puedes, acaso, manejar tú ese dial? ¿Eres capaz de reducir el grado de dolor que experimentas hasta un nivel que te resulte cómodo?, ¿Quién maneja el dial que está en la parte de atrás de la radio? ¿Quién determina lo que vas a hacer, aún con dolor, cuando ese dolor se presente?

Ejercicio del tablero de ajedrez, (sesión 18)

Te voy a pedir el favor que tomes este tablero de ajedrez con sus correspondientes fichas y juega la partida de tu vida. Trata de verte en ese tablero y en esas fichas que están ahí. ¿Qué parte de esos elementos eres tú?, ¿las fichas blancas a quién representan? Como esas fichas blancas representan la nueva vida hacia la que estás dirigiendo tus acciones, te voy a pedir el favor que cierres tus ojos en este momento, apoya tus pies sobre el piso y pon tu espalda recta. Trae tu atención a tu respiración... .. Nota el aire mientras entra a través de tus fosas nasales... y baja hasta el fondo de tus pulmones... Ahora, nócala mientras fluye hacia afuera nuevamente... Sean cuales sean los pensamientos, imágenes o recuerdos que surjan, confortables o incómodos, sólo reconócelos y permítelos estar... déjalos ir y venir a su antojo, y mantén tu atención en la respiración... Ahora, trae tu atención a lo que representa para ti tu nueva vida.... Permite que tu mente entre en contacto con esas experiencias nuevas que estás viviendo... Permítete sentir la alegría que fluye por todo tu torrente sanguíneo... Conéctate con esas experiencias valiosas en tu vida... cuando quieras abres tus ojos....

Ya has identificado dos elementos en esta partida, las fichas negras y las fichas blancas y me has dicho que ambas te representan a ti. Ahora dime, ¿qué significa el tablero

en el que están esas fichas?, ¿Ahora que ya tienes claro que tú eres el tablero que contiene todas esas fichas y qué te has dado cuenta que siempre le has dado prioridad a las fichas negras, pero que piensas darle un giro de 360° a ese tablero, para dirigirlo hacia la consecución de tus proyectos, ¿qué harán cuando te vuelvan a aparecer las fichas negras?, ¿dejarás que ellas te vuelvan a ganar la partida?

Ejercicio del observador, (sesión 19)

Siéntate cómoda en tu silla, apoya tus pies en el piso y pon tu espalda recta. Cierra tus ojos y entra en contacto con tu respiración. ... Nota el aire moviéndose dentro y fuera de tus fosas nasales... Nota cómo es ligeramente más cálido cuando sale... y ligeramente más frío cuando entra... nota la sutil elevación y descenso de tus hombros..., la gentil elevación y descenso de tu tórax..., la calmada elevación y descenso de tu abdomen... fija tu atención en una de estas áreas, dondequiera que prefieras: en el aire entrando y saliendo por tus fosas nasales, en la elevación y descenso de tu tórax, o en tu abdomen...

Mantén tu atención en este punto, notando el movimiento de tu respiración – entrando y saliendo... Sean cuales sean tus sentimientos, impulsos o sensaciones que surjan, placenteros o displacenteros, gentilmente reconócelos, como si saludaras con un movimiento de cabeza a personas que están pasando por tu calle... gentilmente reconoce su presencia y déjalos estar... permitirles ir y venir a su antojo, y mantén tu atención en tu respiración... Sean cuales sean los pensamientos, imágenes o recuerdos que surjan, confortables o incómodos, sólo reconócelos y permítiles estar... déjalos ir y venir a su antojo, y mantén tu atención en la respiración... Ahora trae a tu mente las experiencias más significativas que hayas vivido con tu papá y entra en contacto con ellas. Permítete sentir las

en lo más profundo de tu ser. Siente la alegría y la felicidad de esos momentos. Mira la cara de tu papá, observa su sonrisa y la felicidad de compartir ese momento contigo...

Trae a tu mente las palabras que te decía, los deseos que tenía para ti. Conéctate con ellos y permítete sentir las emociones que te generan... deja que esas emociones viajen por todo tu cuerpo... siéntelas en cada fibra de tu ser, en cada una de tus células... Ahora, trae a tu mente la imagen de tu primer año de escolaridad... Concéntrate en algún momento feliz que hayas vivido en esa etapa... Ahora trae a tu mente la imagen de tu primer grado de Básica secundaria... Observa cómo fuiste vestida a tu primer día de clase, cómo te sentiste... Ahora, concéntrate en alguna experiencia significativa que hayas vivido en tu secundaria, tráela a este momento y contáctate con ella... Ahora deja que tu mente se contacte con el momento en que iniciaste tu carrera profesional... Observa cómo te sentías ese día, trae a tu mente toda tu ilusión y tu alegría de ver hecho realidad tu sueño de iniciar tus estudios superiores. Trae a tu mente alguna experiencia que haya sido muy importante para ti en algún momento de estos ocho semestres académicos y entra en contacto con esa experiencia. Vívela plenamente... Siente la alegría que invade todo tu cuerpo y contáctate con ella... Ahora permite que tu mente entre en contacto con todas esas experiencias significativas que has vivido a lo largo de tu vida académica, desde tu primer grado de escolaridad hasta este momento en que cursas octavo semestre de tu carrera profesional... Ahora, permítete darte cuenta que aunque las etapas que has vivido han sido todas diferentes, e incluso has tenido edades diferentes, hay algo que siempre ha permanecido constante.... Ese “algo”, es “el observador de sí mismo”... Permítele a tu mente darse cuenta que aunque has hecho cosas muy distintas, has seguido manteniendo

siempre un aspecto que es común a todas estas conductas: el observador. Cuando estés lista, tráete de regreso a este lugar nuevamente y abre tus ojos cuando lo desees.

Ejercicio del laboratorio de la vida, (sesión 19)

En todo experimento que se lleve al laboratorio se dan tres procesos básicos: se observa el experimento, se aprende de la reacción de ese experimento y se registra lo que se aprendió del experimento. Nuestra vida es el laboratorio en el que suceden todas las experiencias, pero cuando las dejamos pasar desapercibidas nos perdemos la oportunidad de aprender de ellas y sin darnos cuenta terminamos fusionados con eventos desagradables de nuestro pasado que nos hacen comportarnos ante las palabras como si fuesen hechos reales.

Cuando asumimos la actitud de investigadores del laboratorio de nuestra vida, nos concentramos en el momento presente y observamos todo lo que ocurre dentro de nosotros y desde la perspectiva de observadores aprendemos toda la riqueza que hay en nuestro interior.

Te invito para que a partir de hoy tomes la decisión de ser una científica del laboratorio de tu vida y diariamente lleves un registro de lo que sucede en ese laboratorio.

Te propongo que lo hagas de la siguiente manera:

Fecha: _____

Observación: _____

Aprendizaje: _____

Metáfora del jardín, (sesión 19)

Supón que tú eres una jardinera que amas tu jardín, que te gusta cuidar de sus plantas, y que nadie más que tú tiene responsabilidad sobre el cuidado de sus plantas. Suponga que las plantas son como las cosas que tú quiere en tu vida... así, ¿cuáles son las plantas de su jardín? ¿Cómo ve las plantas como jardinera? ¿Tienen flores, huelen bien, están frondosas? ¿Estás cuidando las plantas que más quieres como tú las quieres cuidar?... Claro que no siempre dan las flores en el lugar que tú quieres, en el momento que lo desees; a veces se marchitan a pesar del cuidado; la cuestión es cómo ves que las estás cuidando, ¿qué se interpone en tu camino con las plantas, en tu quehacer para con ellas?

Quizás estás gastando Su vida en una planta del jardín. Ya sabes que en los jardines crecen malas hierbas. Imagine un jardinero que las corta tan pronto las ve, pero las malas hierbas vuelven a aparecer y nuevamente el jardinero se afana en cortarlas y así, ¿es ésta su experiencia con su problema? Surge cualquier problema, ansiedad, depresión o pensamientos y recuerdos que te hacen sentir mal y... abandonas el cuidado del jardín para ocuparte de ese problema. No obstante, las malas hierbas, a veces, favorecen el crecimiento de otras plantas, bien porque den espacio para que otras crezcan, bien porque hagan surcos. Puede que esa planta tenga algún valor para que las otras crezcan. A veces, las

plantas tienen partes que no nos gustan pero que sirven, como ocurre con el rosal que para dar rosas ha de tener espinas.

¿Qué te sugiere? ¿Puedes ver tus plantas y las áreas de tu jardín donde aún no hay semillas? Algunas estarán marchitas y otras frondosas. ¿Hoy, cómo están tus plantas?, ¿las estás cuidando como quieres cuidarlas?, ¿estás satisfecha con el cuidado que le das a tus plantas?, ¿Las estás cuidando de acuerdo a lo que valoras en tu vida?

Ya sabes que yo nunca podré plantar semillas en tu jardín, ni decirte qué semillas plantar, y cómo crecerán mejor. También sabes que nunca podré cuidar de tus plantas. Sólo tú podrás hacerlo. ¿Crees que podrías dejar de centrarte en las plantas que te molestan, las que te han traído aquí?, ¿Estás dispuesta a cuidar las áreas de tu jardín que has descuidado por centrar toda tu atención en las que te molestan?, ¿Qué te impide cuidarlas ya?....

Anexo 29. La libreta de nuestra vida, (adaptado del cuento el buscador de Jorge Bucay, 2014)

Un día un hombre llegó a un lugar bello pero también misterioso que le llamó mucho la atención. El hombre entró a aquella colina y caminó lentamente entre los árboles y unas piedras blancas. Dejó que sus ojos se posaran como mariposas en cada detalle de este paraíso multicolor. Sobre una de las piedras, descubrió aquella inscripción: “Aquí yace Abdul Tareg, vivió cinco años, seis meses, dos semanas y tres días”.

Se sobrecogió un poco al darse cuenta que esa piedra no era simplemente una piedra, era una lápida. Sintió pena al pensar que un niño de tan corta edad estuviera enterrado en ese

lugar. Mirando a su alrededor, el hombre se dio cuenta que la piedra de al lado tenía también una inscripción. Se acercó a leerla; decía: “Aquí yace Yamin Kalib”, vivió tres años, ocho meses y tres semanas. El hombre se sintió terriblemente abatido. Ese hermoso lugar era un cementerio y cada piedra, una tumba. Una por una leyó las lápidas; todas tenían inscripciones similares: un nombre y el tiempo de vida exacto del muerto. Pero lo que más le conectó con el espanto fue comprobar que el que más tiempo había vivido sobrepasaba apenas los seis años.

Embargado por un dolor terrible, se sentó y se puso a llorar. El cuidador del cementerio, que pasaba por ahí, se acercó. “¿Qué pasa con este pueblo?, ¿Por qué tantos niños muertos enterrados en este lugar?”, le preguntó al cuidador.

El anciano respondió: "Puede usted tranquilizarse. Lo que sucede es que aquí tenemos una vieja costumbre. Le contaré: Cuando un joven cumple quince años, sus padres le regalan una libreta. Y es tradición entre nosotros que a partir de ese momento, cada vez que uno disfruta intensamente de algo, abra la libreta y comience a anotar en ella: a la izquierda, qué fue lo disfrutado en los pequeños y grandes detalles... a la derecha, cuánto tiempo duró el gozo interior, la felicidad, a pesar de las adversidades. Las tumbas que usted ve aquí, no son de niños, sino de adultos; y el tiempo de vida que dice la inscripción de la lápida, se refiere a la suma de los momentos que duró la verdadera felicidad de cada una de las personas que descansan en este lugar”.

“Así pues –prosiguió el anciano dando una palmada en la espalda de su interlocutor-, cuando alguien muere, es nuestra costumbre abrir su libreta y sumar el tiempo de lo disfrutado, para escribirlo sobre su tumba, porque es, amigo caminante, el único y verdadero tiempo vivido”. En cada detalle, en los buenos y amargos momentos, el tiempo que vivimos llenos de gozo por sabernos amados por Dios, por descansar nuestra alma en la esperanza que nos ofrece, es el tiempo que dura nuestra felicidad, y es el tiempo que dura la verdadera plenitud de nuestra vida.

Tu vida es como esa libreta en tus manos. ¿Qué experiencias quieres empezar a escribir en ella a partir de hoy?

Metáfora el sendero de la montaña, (sesión 23)

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

está haciendo senderismo por ese camino. Si nos preguntaran qué tal lo están haciendo, les daríamos un informe positivo cada vez. Nosotros podríamos ver que la dirección general del sendero-no lo que se aprecia en un momento determinado, sobre el terreno-es la CLAVE para el progreso. Veríamos que seguir ese enrevesado sendero serpenteante es, precisamente, lo que conduce a uno hasta la cima".

¿Seguirás caminado hacia la meta, aunque en ocasiones te parezca que la subida se pone muy empinada?

Metáfora de la burbuja en la carretera (¿me llevas o que?) (Hayes et al., 1995, (sesión 24)

Suponga una burbuja de jabón. ¿Has visto cómo las burbujas grandes tocan a las pequeñas y las pequeñas son absorbidas por la grande? Imagine ahora que tú eres una burbuja de jabón y se mueve por el camino elegido. De repente, otra burbuja aparece y se pone frente a ti y le dice "stop". Por un momento e intenta esquivarla. Pero, cuando te mueves, la burbuja te bloquea; si vas hacia arriba, la burbuja se pone arriba, si vas hacia abajo, la burbuja se pone abajo. Sólo tienes dos opciones: puedes dejar de moverte, pararte, o bien puedes tomar la burbuja dentro de ti, abriendo las puertas de tu corazón al contenido que sea, y continuar en la dirección valiosa con esa burbuja dentro. Este movimiento es lo que significa estar dispuesto o abierto. Tus sentimientos de tristeza, todos los sentimientos de sufrimiento de tu infancia, tus miedos son barreras que no permiten estar dispuesta,

Ellos están realmente dentro de ti, pero parece que estuvieran fuera. Estar abierto a esas barreras no es un sentimiento o un nuevo pensamiento, es lo de menos, es una acción

que responde a la pregunta que la barrera te hace cuando se pone delante de ti: ¿me vas a tener dentro porque eliges hacerlo, o no? Para caminar por la dirección valiosa, debe responder sí, pero eso es algo que sólo tú puede hacer; sólo tú eliges moverte de un modo u otro. Recuerda que si decides evitarla se te convertirá en muros cada día más altos que te impiden caminar hacia lo valioso en tu vida. ¿Hacia dónde te quieres mover?

Metáfora el polígrafo, (sesión 26)

Imagínate que en este mismo momento te apuntamos con una pistola y te decimos que, si no limpias la oficina, te mataremos. Para hacerlo, le dejaríamos los utensilios necesarios (escoba, trapería, recogedor) ¿Limpiarías la oficina en esta situación? Lo más probable es que sí, y que, por lo tanto, salvarías tu vida. ¿Qué ocurriría, en cambio, en otra situación?

Imagínate que estás conectada al mejor polígrafo del mundo y te apuntáramos con una pistola y te dijéramos que la salvación de tu vida depende de que no te pusiera nerviosa ¿qué ocurriría? Posiblemente, no lograrías controlar tu ansiedad y, por consiguiente, perderías tu vida.

Ahora date cuenta que cuando te pedíamos limpiar la oficina, lograste salvar tu vida. Ahora, cuando te pedimos que controles tu ansiedad, la has perdido. Y es que, en efecto, el control funciona bien con la conducta públicamente observable (limpiar, ir de viaje, plantar, comprar, etc.); pero con la conducta que ocurre "debajo de la piel" (emocionarse, pensar, etc.) el control no funciona. Hay "contenidos cognitivos" y "contenidos emocionales", que uno no puede eliminar.

Si el problema es el control ¿cuál sería la solución? La solución tal vez sea "estar".
Estar abierto supone hacer un hueco (aceptar, si se quiere) a aquellos sentimientos, emociones, pensamientos, etc. que no nos gusta tener y, con ellos, dirigirnos hacia nuestros objetivos.

Ejercicio de la torta de chocolate, (sesión 26)

Imagina ahora que te digo que no quiero que pienses en una cosa. De hecho, lo voy a decir enseguida. Cuando te lo diga no pienses en ello, ni un solo segundo. Aquí viene. Recuerda, no pienses en... ¡Un pastel de chocolate calientico! Ya sabes cómo huele recién salido del horno... ¡No pienses en eso! El sabor del cubierto de chocolate cuando le das el primer mordisco... ¡No pienses en eso! Cómo el trozo calientico y húmedo se desmigaja y algunas migas caen en el plato... ¡No pienses en eso. ¡Es muy importante, no pienses en nada de eso!, De hecho, dime, en qué estás pensando en este momento?

Ejercicio leche, leche, sombra, sobra, no valgo nada, no valgo nada, (sesión 28)

Te pido el favor que te concentres y a la cuenta de tres vas repetir conmigo la palabra leche. Lo vamos a hacer de la manera más rápida que nos sea posible y muchas veces. Empecemos. 1, 2,3.... ¿Te diste cuenta que al final sólo quedó el sonido y la palabra desapareció?

Ahora quisiera que eligieras una palabra que te genere perturbación, miedo o tristeza. De acuerdo, trabajaremos la palabra sombra, que te produce miedo. A la cuenta de tres la repites lo más rápido que te sea posible y durante muchas veces. Vamos a volverlo a intentar y los vamos a hacer juntas. A la cuenta de tres empezamos. 1,2 y 3. ¡Perfecto!, ¿Te diste cuenta que al final sólo te quedó el sonido?

Ahora escoge otra palabra que te cause perturbación.... De acuerdo. A la cuenta de tres repetiremos la palabra “no valgo nada”. Recuerda que lo haremos lo más rápido que te sea posible y durante muchas veces. Muy bien. ¿Te diste cuenta que finalmente la palabra desapareció y te quedaste con el sonido?

Ejercicio el escudo de la culpa, (sesión 29)

¿Qué es un escudo?, ¿dónde se utilizan los escudos?, ¿qué representan los escudos en una institución?, ¿tú recuerdas, en la antigüedad, qué función tenían los escudos para los guerreros?, ahora que tenemos dos significados importantes del escudo, uno que significa identidad y que lo usan las instituciones y otro que usaban los guerreros y qué significa protección, dime, ¿qué relación tendrían estos dos conceptos con tus sentimientos de culpa?, ¿Te ha sido útil identificarte con la culpa?, ¿ha sido valioso para ti, protegerte con ese escudo para no caminar hacia lo que es valioso para ti?, ¿Será útil seguir protegiéndote con ese escudo?

Ejercicio sacar la mente a pasear, (sesión 29)

Te invito a que demos un paseo Se le invitó a dar un paseo por un salón de la institución. Yo voy a tomar el rol de tu mente y tú puedes caminar por dónde desees. Como tu mente estaré diciendo algunas cosas en tu oído. Empecemos...

“Tú no vales nada”, “tú eres una fracasada”, “tú no eres nadie”, “tú no mereces que nadie te quiera”, “tu vida no tiene sentido”, “todo el mundo te quiere hacer daño”, “usted no merece ser feliz”, “este mundo es muy peligroso”, “todo el mundo se quiere aprovechar

de ti”, “todos los hombres que se acercan a ti, sólo quieren hacerte daño y después abandonarte”, “tus hijos al igual que su padre también te quieren hacer daño”, “tú no tienes dignidad”, “tú eres una cualquiera”, “por tu culpa se murió tu papá sin despedirte de ti”, “tú no mereces ser madre”, “te va a volver a dar la parálisis”, “tú eres tan insignificante que ni siquiera Dios te quiere, Él también te abandonó”.

¿Cómo te pareció el ejercicio?, ¿Cómo te sentiste cuando detuviste tu marcha ante algunos mensajes que te dejaban pensativa?, ¿qué relación tiene el ejercicio con tu vida?, ¿seguirás permitiendo que tus pensamientos controlen tu vida?, ¿seguirás dejando que ellos bloquen tus pasos?

Metáfora la semilla, (creación de la consultante)

Este proceso terapéutico que estoy haciendo se parece a una semilla que cuando se siembra siempre que hay que estarla cuidando todos los días, echándole agua, removiéndole la tierra, protegiéndola de las diferentes plagas. Si uno la descuida, la tierra se puede reseca, o pueden venir plagas y comérselas, o caer mucha lluvia y ahogarse, o recibir mucho sol y la semillita ni siquiera alcanza a germinar y menos a dar frutos. Lo mismo sucede con esta nueva vida que estoy viviendo a través de mi proceso terapéutico. Cuando he descuidado la semilla de mi nueva vida han venido las diferentes plagas de los pensamientos de todo lo terrible que me pasó en mi niñez, del terrible sufrimiento que viví con el papá de mis hijos, de todos los miedos que he tenido a lo largo de mi vida y de pronto me doy cuenta que nuevamente he empezado a controlar mi vida y a intentar evitar

el sufrimiento y cuando menos lo he pensado, la semilla de mi nueva vida se murió, porque otra vez volví a estar como en el principio.

Pero cuando me he dedicado a cuidar mi semilla todos los días con la aceptación de lo que no puedo cambiar, con la observación de lo que sucede en mí, con los aprendizajes de esa observación me he dado cuenta que esa semillita empieza a germinar otra vez y a dar frutos de paz y tranquilidad que me permiten estar abierta y seguir enfocada en cada una de mis metas y proyectos a pesar de que me sigan llegando pensamientos negativos.

Metáfora de aprender a conducir, (sesión 30)

Tomar una dirección es como elegir hacer un viaje. Se hace con razones pero no por razones específicas cada instante... Muchos momentos del viaje no resultan placenteros, e incluso se llega a estar perdido. Sin embargo, se continúa en el viaje porque hacerlo tiene valor personal, aunque en algunos momentos tenga que mantenerse fiel al viaje cuando el camino tiene giros inesperados (algo puede sentarnos mal, podemos perder una maleta, el carro puede estropearse).

Imagine que tu dirección a la cima de la montaña tiene subidas, bajadas, recovecos, lugares oscuros, húmedos, caminos llenos de zarzas que pinchan y con hierbas altas que no dejan ver. A veces, cuando el camino tiene bajadas, nos parecerá que vamos bajando. Cuando nos encontramos en lugares sombríos, sin luz, no veremos claro dónde estamos y dónde vamos. Pero un observador desde otra montaña con unos prismáticos vería a la gente ir hacia arriba, aunque ellos en el sitio específico en que se encuentran vean que están bajando. A veces,

habrá que seguir el recorrido con fe, con fidelidad a los valores de cada uno. Esa sensación de falta de claridad es una señal en dirección valiosa. Si lo relacionamos con la experiencia de otros momentos, esa sensación de confusión es nueva y está señalando, en la brújula, hacia lo que importa.

Metáfora “El Jinete”, (sesión 32)

Imagínate que un jinete lleva las riendas de su caballo. Cabalga en la dirección que le importa y lo hace por diferentes superficies y en diferentes situaciones atmosféricas. Cuando cabalga, a veces el caballo puede ladearse, casi le tira al suelo aunque las riendas las lleve el jinete. El jinete tiene que hacer grandes esfuerzos para volver a colocarse en el lomo del caballo y llevar las riendas de éste. Poco después, se da cuenta de que casi está rozando el suelo, mientras el caballo anda algo desbocado. Cree que nunca podrá volver a subirse al lomo del caballo, pero con ímpetu vuelve a colocarse con las riendas nuevamente cogidas y en dirección. El jinete se irá cayendo muchas veces, otras veces no sabrá cómo ha llegado hasta donde está. La práctica que adquirió ladeándose y levantándose fue mucha, así que cada vez se ladeaba menos y lo notaba antes, de manera que aunque en cualquier momento podía caer al suelo, ahora tenía mucha práctica por lo que podía sujetar las riendas y valorar por donde cabalgar. ¿Cómo estás cabalgando el caballo de tu vida?

