

**Evaluación e intervención clínica desde la terapia de Aceptación y Compromiso
(ACT) en una paciente con depresión mayor de intensidad moderada**

Dianey Cristina Villamizar Pabón

Asesora:

Paula Fernanda Pérez Rivero



**Escuela de Ciencias Sociales
Facultad de Psicología
Especialización en Psicología Clínica
Universidad Pontificia Bolivariana
Bucaramanga
2019**

**Evaluación e intervención clínica desde la terapia de Aceptación y Compromiso
(ACT) en una paciente con depresión mayor de intensidad moderada**

Dianey Cristina Villamizar Pabón

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

Especialista en Psicología Clínica

Asesora:

Paula Fernanda Pérez Rivero



Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

Universidad Pontificia Bolivariana

Bucaramanga

2019

Tabla de contenido

RESUMEN GENERAL DE LA MONOGRAFÍA.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	15
METODOLOGÍA.....	16
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN.....	38
CONCLUSIONES.....	42
REFERENCIAS.....	44
ANEXOS.....	53
Anexo 1. Consentimiento informado.....	53
Anexo 2. Formato de historia clínica.....	57
Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck.....	59
Anexo 4. Cuestionario de Aceptación y Acción (AQQ-II).....	63
Anexo 5. Cuestionario de valores.....	64
Anexo 6. Formulario narrativo de valores.....	65
Anexo 7. Formulario de objetivos, acciones y barreras.....	66
Anexo 8. Escala de Reforzamiento dl Ambiente (EROS).....	67
Anexo 9. Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs).....	69
Anexo 10. Auto registro de rumiación.....	72
Anexo 11. Formulación de caso.....	73

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de la fase de evaluación psicológica

Tabla 2. Resumen de la fase de implementación del programa de intervención.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Seguimiento de síntomas depresivos en el Inventario de Depresión de Beck

Figura 2. Comparación de los resultados obtenidos en la aplicación del Cuestionario de Valores

Figura 3. Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Aceptación Acción (AQQ-II)

Figura 4. Puntuaciones obtenidas en la Escala de Reforzamiento del Ambiente (EROS)

Figura 5. Comparaciones de los resultados obtenidos en las categorías de la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs)

Figura 6. Registro escrito de frecuencia de rumiación a la semana

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN CLÍNICA DESDE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN UNA PACIENTE CON DEPRESIÓN MAYOR DE INTENSIDAD MODERADA

AUTOR(ES): DIANEY CRISTINA VILLAMIZAR PABÓN

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): PAULA FERNANDA PERÉZ RIVERO

RESUMEN

En el presente estudio de caso se da a conocer el proceso de evaluación e intervención psicoterapéutica para un trastorno depresivo mayor de intensidad moderada; llevado a cabo durante 13 sesiones, basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Se utilizó un diseño de caso único que estuvo compuesto por dos fases AB con seguimiento. Para la selección de la participante se tuvo en cuenta el número de sesiones a las que asistió a consulta. En cuanto al proceso clínico de evaluación y diagnóstico se utilizó la entrevista clínica no estructurada y se aplicó el Inventario de Depresión de Beck- II (IDB-II). Sumado a esto, se hizo uso de algunos instrumentos propios de ACT como lo son el Cuestionario de Aceptación Acción (AAQ-II), el cuestionario de valores, el formulario narrativo de valores y el formulario de objetivo, acciones y barreras. Además, se empleó un auto registro elaborado por el terapeuta. El desarrollo de este estudio de caso se dio por medio de dos fases: evaluación e intervención y se llevó a cabo seguimiento. Los resultados mostraron una disminución de los síntomas depresivos, mayor aceptación de los eventos privados y por ende menor evitación experiencial. Igualmente, se evidenció un incremento de conductas dirigidas a diversas áreas valiosas que a su vez generaron una mayor activación conductual. A partir de lo anterior, se constata una alta efectividad de la ACT, la cual da lugar a que el paciente identifique la evitación vivencial como resultado de la rigidez psicológica. Al mismo tiempo, es más consiente de los límites del lenguaje y cómo algunas veces el contenido verbal puede conducir al sufrimiento.

PALABRAS CLAVE:

Depresión, Terapia de Aceptación y Compromiso, evaluación e intervención

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: CLINICAL EVALUATION AND INTERVENTION FROM ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT) IN A PATIENT WITH HIGHER DEPRESSION OF MODERATE INTENSITY

AUTHOR(S): DIANEY CRISTINA VILLAMIZAR PABÓN

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: PAULA FERNANDA PERÉZ RIVERO

ABSTRACT

In the present case study, the process of evaluation and psychotherapeutic intervention for a major depressive disorder of moderate intensity is reported; carried out during 13 sessions, based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT). A unique case design was used that consisted of two AB phases with follow-up. For the selection of the participant, the number of sessions attended was taken into account. Regarding the clinical process of evaluation and diagnosis, the unstructured clinical interview was used and the Beck-II Depression Inventory (IDB-II) was applied. Added to this, some ACT instruments were used, such as the Acceptance Action Questionnaire (AAQ-II), the securities questionnaire, the narrative form of values and the objective form, actions and barriers. In addition, a self-report prepared by the therapist was used. The development of this case study was carried out through two phases: evaluation and intervention and follow-up was carried out. The results showed a decrease in depressive symptoms, greater acceptance of private events and therefore less experiential avoidance. Likewise, there was an increase in behaviors aimed at various valuable areas that in turn generated greater behavioral activation. Based on the above, there is a high effectiveness of ACT, which results in the patient identifying experiential avoidance as a result of psychological rigidity. At the same time, he is more aware of the limits of language and how sometimes verbal content can lead to suffering.

KEYWORDS:

Depression, Acceptance and Commitment Therapy, evaluation and intervention

Vº Bº DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

En el siguiente trabajo se presenta el proceso realizado durante el periodo de práctica llevado a cabo en el Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco ubicado en el municipio de Piedecuesta Santander.

Lo anterior, dio lugar a la elaboración de un estudio de caso realizado con una paciente, la cual presentaba sintomatología depresiva asociada a problemas afectivos y familiares. Para su realización, se trabajó bajo el enfoque cognitivo conductual haciendo uso de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Marco conceptual

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2018) la depresión es uno de los trastornos mentales de mayor frecuencia, el cual afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y es considerado como una de las principales causas de discapacidad. De igual forma, es una de las razones más frecuentes por la cual las personas acuden a consulta y uno de los diagnósticos más habituales en los centros de salud (Sicras, Blanca, Gutiérrez, Salvatella & Navarro, 2010). En Colombia el Ministerio de Salud (2017) reveló los resultados de la última encuesta nacional de salud mental realizada en el 2015, en donde se encontró la mayor prevalencia de síntomas depresivos en la población adolescente con un 15,8%, además estimó la prevalencia de esta enfermedad en periodos de tiempo entre los últimos 30 días, los últimos 12 meses y toda la vida. En la población adulta se observó una mayor probabilidad de depresión en los últimos 12 meses, siendo más frecuente en mujeres que en hombres.

Dentro de la literatura se ha asociado la depresión con un estado de tristeza prolongable que incluso puede generar pocas ganas de vivir en la persona (Chapi, 2013). De acuerdo con Botto, Acuña y Jiménez (2014) la depresión es un trastorno de tipo afectivo en el cual ocurre una disminución en el estado de ánimo, anhedonia, baja autoestima, aumento en la autocrítica y altos niveles de perfeccionismo. Dentro de sus posibles causas Zarragoitia (2011) menciona que existen factores biológicos, psicológicos y ambientales que juegan un papel importante en su aparición, consolidación y desarrollo de sus síntomas. Cuando es de larga duración e intensidad puede causar discapacidad en la persona que la sufre, afectando así sus actividades cotidianas e impidiendo un adecuado y funcional relacionamiento social o en el peor de los casos lleva al suicidio (Ortiz, Samudio, Avalos & Gonzalez, 2016). Con respecto a la edad en la cual suele manifestarse, se ha planteado que puede aparecer en cualquier etapa del ciclo vital acompañada de varios episodios, adquiriendo así un curso recurrente. También señalan como característica, la tendencia a experimentar una mejoría entre los episodios (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

La depresión se caracteriza clínicamente por ser una alteración patológica vinculada a la disminución del estado del humor en la cual se evidencian diferentes síntomas. Por una parte, se encuentran los síntomas afectivos como culpa, soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sentimientos de dolor profundo, etc. Asimismo, están presentes síntomas cognitivos como baja atención, poca concentración, pensamientos de muerte o ideación suicida. Igualmente, pueden aparecer síntomas somáticos como cefalea, fatiga, alteraciones en el sueño o dolores (Secretaría de Salud de México, 2015).

En los sistemas de clasificación como el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Five Edition (DSM-5) el trastorno depresivo está reconocido como una

categoría independiente e incluye el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente, el trastorno disfórico premenstrual, entre otros (American Psychological Association APA, 2013). Todos estos trastornos comparten algunos síntomas en común como un estado de ánimo triste, vacío o irritabilidad, cambios somáticos y cognitivos que afectan la funcionalidad del paciente. Su diferencia radica en su duración, presentación temporal o su posible etiología. (APA, 2013). Además, en esta sección fue incorporado el especificador “con malestar ansioso”, lo que denota la combinación emocional de lo ansioso- depresivo (Rodríguez, Senin & Perona, 2014).

Ahora bien, en la Clasificación Internacional de Enfermedades versión décima (CIE 10), la depresión se encuentra en el apartado definido como trastornos mentales y del comportamiento en la categoría trastornos del humor (afectivos) y se clasifica en: depresivo leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos y otros tipos de episodios depresivos (estados depresivos sin especificación o atípicos) (OMS, 2000).

Con respecto a su etiología, en realidad no existe una razón específica que genere este trastorno; su origen puede estar asociado a una posible vulneración genética o por la desregularización de determinados neurotransmisores (Abdu' I- Missagh, 2015). Pérez, Cervantes, Hijuelos, Pineda y Salgado (2017) señalan que el inicio de un episodio depresivo se asocia con la experimentación de acontecimientos o situaciones estresantes. Ante esto, Veytia, González, Andrade y Oudhof (2012) refieren que algunos modelos psicológicos plantean la existencia de factores vulnerables, los cuales permanecen latentes en la persona, y en el desarrollo de eventos estresantes o negativos aumentan la posibilidad de aparición o mantenimiento de este trastorno. Otros autores como Botto, Acuña y

Jiménez (2014) indican que situaciones traumáticas ocurridas en los primeros años de vida puede contribuir a su aparición durante la edad adulta.

Teniendo en cuenta su alta prevalencia, se ha hecho importante crear estrategias de intervención eficaces para poder atender esta problemática (Bianchi & Henao, 2015). Dentro de las alternativas de intervención se encuentra la terapia cognitivo conductual (TCC), la cual posee un amplio abanico de programas de tratamiento, cuya eficacia ha sido demostrada en numerosos estudios (Rivadeneira, Dahab & Minici, 2013). De igual manera, se encuentran las denominadas terapias de tercera generación que han emergido como una forma para abordar no solo trastornos como la depresión, sino también la ansiedad, trastornos de personalidad, dolor crónico, cáncer, etc. (Ruiz & Callejón, 2014). Estas intervenciones se enfocan en el papel que tiene el contexto y el análisis idiográfico de las problemáticas (Pérez- Álvarez, 2012).

Las terapias de tercera generación o terapias contextuales favorecen la apertura y aceptación de los eventos psicológicos incluyendo aquellos denominados “negativos” o irracionales (Larmar, Wiatrowski & Levis- Driver, 2014). Dentro de sus diferentes intervenciones, el contexto, el ambiente y las características de la persona adquieren gran relevancia, ya que a través de ellas se intenta comprender cómo se ha mantenido el síntoma y la función que cumple, para así no juzgar el malestar del paciente, sino más bien aceptarlo (Perez- Alvarez, 2012). En esta nueva “ola” de terapias se encuentra la activación conductual (AC), consolidándose como uno de las intervenciones más utilizadas para tratar la depresión, puesto que es un tratamiento estructurado, eficaz y bien establecido (Puspitasari, Kanter, Koerner, Murphy y Crowe, 2013; Martell, Dimidjian y Dunn, 2010). También está la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, de sus siglas en ingles

Acceptance and Commitment Therapy), la cual desafía las formas tradicionales de abordar los problemas humanos, caracterizándose por promover un cambio de perspectiva relacionado con el manejo y la percepción de la experiencia personal (Hayes & Smith, 2011).

ACT propone la aceptación de aquellos eventos privados percibidos como desagradables o en algunos casos temidos, para así disminuir el intento de controlarlos, el cual puede ser contraproducente a largo plazo e interponerse en la realización de acciones valiosas dirigidas a aspectos de la vida importantes (Ruiz, 2010). Esta intervención busca cambiar la función de los eventos privados y la relación del individuo con ellos (Hayes, Pistorello & Levin, 2012). La tendencia a eludir las experiencias privadas es denominada evitación experiencial. Este fenómeno es definido por Pérez (2014) como el proceso por el cual la persona no desea entrar en contacto con sus experiencias internas (estados, emociones, recuerdos, sensaciones, pensamientos, etc.), optando así por alterarlas o evitando que se generen. De esta forma, esto se convierte en el núcleo de la psicopatología desde ACT (Gamonedá, 2017).

Desde ACT, la naturaleza de la depresión no es el ánimo deprimido o los pensamientos negativos que se generan, sino la función que han adquirido estos eventos privados en la historia de la persona, causando así una desregulación ineficaz de la conducta que aumenta el malestar (Zettle & Hayes, 2002). Otros autores como Strosahl y Robinson (2018) mencionan que a diferencia de lo que tradicionalmente se cree, la depresión no es algo que tiene la persona, sino más bien es lo que está haciendo. Señalan, además, que la depresión se enmarca en un conjunto de conductas organizadas que generan

un impacto emocional, afectando así la capacidad de actuar de forma consistente con los valores.

Durante el trabajo terapéutico de ACT se hace uso de diferentes procesos clínicos o técnicas. Según Ruiz (2010) inicialmente se encuentra la desesperanza creativa que ayuda a discriminar los efectos a corto y largo plazo de las acciones realizadas por la persona para evitar o controlar sus eventos privados. En segundo lugar, se encuentra la clarificación de valores asociada a identificar la importancia de diferentes áreas de la vida. Seguido está, la defusión cognitiva y la experiencia del yo como contexto, la cual permite al individuo comportarse de acuerdo a sus valores en presencia de cualquier evento privado.

La aplicación de esta intervención ha tenido un impacto positivo, tal como lo sugieren algunas investigaciones. Hayes y Smith (2011) señalan que ACT ha tenido tan buenos resultados o incluso mejores que aquellos métodos ya existentes y denominados eficaces. Ejemplo de ello es un estudio realizado por Ruiz, Cangas y Barbero (2014) en el cual se evaluó la aplicabilidad y efectividad de un protocolo breve basado en ACT dirigido a tres adultos mayores de entre 65 y 83 años, diagnosticados con trastornos distímico y trastorno depresivo recurrente. Los resultados mostraron un incremento en la realización de acciones teniendo en cuenta los valores, aun así se siguiera presentando el malestar, manteniéndose durante 5 y 12 meses de acuerdo con el seguimiento realizado. Asimismo, Pérez y Uribe (2016) realizaron un estudio de caso con una paciente con diagnóstico de cáncer de mama, quien además presentaba sintomatología asociada a un trastorno de ansiedad y depresión con conductas de evitación. La intervención psicoterapéutica desarrollada desde ACT produjo un cambio frente a la forma de reaccionar de la paciente ante sus emociones y pensamientos, para así dar paso a la aceptación y la búsqueda de

objetivos que ayudasen a retomar su vida. Sumado a esto, Hayes, Boyd y Sewell (2011) llevaron a cabo un estudio piloto en un contexto psiquiátrico ambulatorio, cuyos participantes fueron adolescentes con trastorno depresivo. Los resultados de la aplicación de la terapia ACT mostraron una mejoría significativa, reflejada en la disminución de los síntomas depresivos.

En definitiva, ACT hace parte del cambio propuesto por las terapias de tercera generación asociado a la práctica terapéutica. Esta terapia como lo mencionan Hayes, Strosahl y Wilson (2014) despatologiza la experiencia humana, señalando que experimentar determinadas emociones, sentimientos o pensamientos no está directamente relacionado con padecer una enfermedad. Sus planteamientos junto con sus técnicas han arrojado resultados de gran beneficio para diferentes situaciones o problemáticas, por lo cual ha venido adquiriendo reconocimiento y confiabilidad.

Objetivos

Objetivo general

Desarrollar estrategias de evaluación e intervención mediante el modelo de Terapia de Aceptación y Compromiso dirigido a una consultante con diagnóstico de depresión mayor de intensidad moderada

Objetivos específicos

Identificar la problemática presentada por la paciente a través de un proceso de evaluación haciendo uso de la entrevista clínica y pruebas psicológicas.

Diseñar un plan de intervención basado en la terapia de aceptación y compromiso para abordar las conductas problema presentadas por la consultante.

Evaluar los resultados obtenidos a partir de la aplicación del plan de intervención diseñado para el estudio de caso.

Metodología

Diseño

En este estudio de caso se utilizó un diseño de caso único que estuvo compuesto por dos fases AB con seguimiento. En la fase A (línea base) se observó la frecuencia de la conducta objeto de estudio en ausencia de tratamiento. Posteriormente, en la fase B (tratamiento) se analizaron los cambios de la conducta objeto de estudio, pero en presencia de la intervención terapéutica establecida.

El tipo de diseño empleado tenía como objetivo evaluar el cambio generado por la aplicación de una intervención (Terapia de Aceptación y Compromiso), por medio de la comparación de una serie de medidas tomadas antes y después del tratamiento (Fontes de Gracia et al., 2015).

Participantes

Dentro del número de pacientes atendidos en la institución en consulta individual, se seleccionó a Y.T para la realización del estudio de caso, para ello se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Número de sesiones de intervención realizadas, asistencia a las consultas programadas y posibilidad de realizar seguimiento al caso clínico.

Instrumentos

Durante el estudio de caso se utilizaron los siguientes instrumentos:

Historia clínica

Documento que recopila información relacionada con el motivo de consulta, historia del problema, soluciones puestas en marcha, percepción del consultante, redes de apoyo, etc. (Ver anexo 2)

Inventario de Depresión de Beck versión II (IDB-II)

Este instrumento fue validado para la población colombiana por Castrillon (2005). Presenta una consistencia interna alfa de Cronbach de 0.90 a 0,94. Está compuesto por 21 ítems, que, según Beck, Steer y Brown (2009) logran evaluar un amplio número de síntomas depresivos, permitiendo su aplicación a partir de los 13 años de edad. Cada ítem cuenta con cuatro opciones de respuesta, las cuales varían en intensidad de síntoma, desde 0 (ausencia o síntoma leve) hasta 4 (presencia disfuncional del mismo). Las puntuaciones oscilan entre 0 y 63. De acuerdo a las puntuaciones obtenidas de 0-13 indica mínima depresión, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave (Molina, et al., 2018).

La aplicación de esta prueba psicométrica se realizó teniendo en cuenta la aceptación que ha recibido en el medio internacional, consolidándose como uno de los instrumentos más utilizados en el ámbito clínico y de investigación, el cual permite medir la depresión teniendo en cuenta dos factores, el cognitivo- afectivo y el somático-motivacional (Sáenz, Perdigón & Vásquez, 2003).

Formato de autoregistro

Este autoregistro fue elaborado por el terapeuta, con el objetivo de monitorear la frecuencia de pensamientos repetitivos o rumiación de la paciente durante cada semana fuera del consultorio (Ver anexo 10).

Los siguientes instrumentos fueron utilizados como recursos terapéuticos y como recursos de medición:

Cuestionario de Aceptación Acción (AAQ-II; Hayes et al., 2004)

Es un instrumento escala Likert, mediante el cual se le presenta un número de afirmaciones al consultante asociadas a sus acciones, las cuales deben ser valoradas teniendo en cuenta su experiencia personal (Ver anexo 4).

Cuestionario de valores (Wilson & Luciano, 2002)

Es un cuestionario que presenta varias áreas importantes para el consultante y a su vez explora la importancia que se le concede a las mismas por medio de una escala de 1 a 10 (Véase anexo 5).

Formulario narrativo de valores (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014)

Este formulario permite elaborar narrativas breves de valores para diferentes ámbitos vitales que son percibidos como valiosos por el paciente (Ver anexo 6).

Formulario de objetivos, acciones y barreras (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014)

Permite al consultante inicialmente generar objetivos, es decir elementos que se pueden obtener, y también establecer pasos concretos que se pueden realizar, definidos como acciones, relacionadas con sus valores (Ver anexo7).

Escala de Reforzamiento del Ambiente (EROS; Barraca & Pérez- Álvarez, 2010).

Es un instrumento de 10 ítems que recogen información acerca del incremento de la conducta y el efecto positivo que surge como resultado de experimentar o percibir reforzadores del ambiente (Ver anexo 8).

Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs; Kanter, Mulick, Busch, Berlin & Martell, 2007).

Esta escala está compuesta por 25 ítems que miden cuatro dimensiones básicas del modelo de activación conductual que son: Activación, Evitación/Rumia, Afectación del trabajo/actividad y Afectación de la vida social (Ver anexo 9).

Procedimiento

La realización de este estudio de caso estuvo dividida en dos fases, la primera de ellas fue el proceso de evaluación que comprendió las sesiones 1, 2 y 3, en las cuales se llevó a cabo el diligenciamiento del consentimiento informado (Ver anexo 1), la elaboración de la historia clínica y la aplicación de pruebas psicológicas. En la siguiente tabla se muestra la fase de evaluación acompañada de una descripción de las actividades elaboradas y las sesiones en las que tuvieron lugar.

Tabla 1. Resumen de la fase de evaluación psicológica

Actividad	Sesión	Descripción
Recepción del caso y elaboración de la historia clínica	S. 1	Se desarrolló el primer
	S. 2	encuentro con la paciente,
		en donde se realizó el
		diligenciamiento del

consentimiento informado, la entrevista psicológica y la historia clínica.

Evaluación clínica

S. 2

Se analizó la información obtenida y se seleccionó la prueba psicológica a utilizar, para así realizar su aplicación. Para el estudio de caso, se suministró el Inventario de Depresión de Beck (IDB-II).

Análisis de resultados y diseño de la intervención

S. 3

Se calificaron los resultados obtenidos en la prueba psicológica aplicada a la paciente.

Se socializó con la paciente los resultados obtenidos y se estableció el plan terapéutico a desarrollar y los objetivos.

Durante la segunda fase, se realizó la intervención psicoterapéutica (Ver anexo 11) que se desarrolló desde la sesión 4 hasta la sesión 13. Es importante mencionar que, con el fin de hacer seguimiento a los síntomas presentados por la paciente, también se aplicó el IDB-II durante esta fase, más exactamente en la sesión 9. Sumado a esto, en esta misma sesión se aplicaron otros instrumentos propios de ACT, los cuales fueron utilizados como recursos terapéuticos y de medición. Adicional a esto, la paciente llevo a cabo un autoregistro, para así analizar los cambios presentados en la frecuencia de rumiación a lo largo de la intervención.

La tabla 2 presenta los procesos clínicos que tuvieron lugar, las sesiones en las se realizaron y las técnicas utilizadas. En el anexo 11 se puede encontrar detalladamente la implementación de cada proceso clínico y las técnicas correspondientes.

Tabla 2. Resumen de la fase de implementación del programa de intervención.

Procesos clínicos	Sesión	Técnicas
Desesperanza creativa	S. 4	Metáfora La persona en el hoyo
	S. 5	Metáfora El granjero y el asno-
Aceptación	S. 6	Ejercicio de Fiscalización
	S. 8	Metáfora Paco el vagabundo
Conexión con los valores	S. 7	Ejercicio El funeral y El epitafio
	S. 8	Clarificación de valores
		Metáfora El jardín

Compromiso y acción	S. 9	Ejercicio de objetivos, acciones y
	S. 10	valores
	S. 11	Metáfora La burbuja en la carretera
	S. 12	
	S. 13	
El control como problema, no como solución	S. 6	Metáfora El polígrafo
	S. 9	Metáfora Alimentando al tigre
		Ejercicio del reflejo Rotuliano
Dimensiones del yo	S. 11	Metáfora El tablero de ajedrez
	S. 12	Asumir una idea que puede tener un efecto negativo.
Desliteralización del lenguaje	S. 8	Repetir una palabra y un
	S. 10	pensamiento negativo
		Metáfora Los pasajeros del autobús

Finalmente, en la sesión 13, se realizó la evaluación pos test en donde se llevó a cabo la aplicación de la prueba IDB- II y también de otros instrumentos tales como: Cuestionario de valores, AAQ-II, BADS y EROS. También se realizó seguimiento

telefónico en dos ocasiones con el objetivo de verificar la permanencia de los cambios obtenidos durante la intervención.

Resultados

Presentación

Y.T es una mujer de 32 años de género femenino que reside en Piedecuesta, Santander. Fue hija única, se separó dos veces, durante su última relación fue víctima de violencia intrafamiliar. Tiene dos hijos de 14 y 6 años. Actualmente, vive con sus padres y sus hijos, trabaja como vendedora de alimentos. Refiere haber tenido una infancia tranquila, contrario a su adolescencia en donde experimentó algunos problemas familiares y personales (su primer embarazo no planeado, dificultades económicas, distanciamiento con sus padres, etc.) Estudio hasta bachillerato y se mostró interesada por iniciar una carrera universitaria, pero no fue posible, ya que no tenía los recursos económicos y debía cuidar a su hijo. Solo realizó años después un curso para guarda de seguridad para así lograr obtener un empleo en una empresa. Dentro de los antecedentes relevantes se reporta: episodio de tristeza y dificultades para dormir.

La paciente refirió en consulta que sus objetivos al buscar ayuda profesional estaban relacionados con dejar de estar triste por los problemas con su familia y ex pareja, al igual que saber cómo solucionarlos. Al momento de preguntarle sobre las soluciones puestas en marcha para resolver sus problemas menciono que solía quedarse en la cama, para así evitar hablar con su familia y personas cercanas, de esa forma evitaba sentirse mal al enfrentarse con aquello que le generaba malestar o que implicaba la toma de decisión. Añadió que solía dedicar mucho tiempo a pensar en lo mal que se sentía y en las dificultades que estaba presentando.

Con base a lo expresado por la consultante y teniendo en cuenta las estrategias poco efectivas implementadas, se decidió trabajar bajo el modelo de la Terapia de Aceptación y

Compromiso. La intervención estuvo enfocada en aceptar los pensamientos, emociones y sensaciones que podrían suscitar algunas situaciones, y al mismo tiempo resolverlas y no postergar el proceso de toma de decisiones o incluso evitar actuar frente a estos eventos. De este modo, se modificaron los objetivos de la intervención por unos más adaptativos, que a su vez permitieran actuar a la paciente en dirección de sus valores (Ver anexo 11).

Formulación

Y.T ha adoptado un patrón de conducta en donde se observa un déficit en la resolución de conflictos, toma de decisiones y pocas habilidades en la regulación emocional. Todo esto ha instaurado una percepción negativa de sí misma, en especial en lo relacionado con su capacidad para trazar y alcanzar metas personales. Del mismo modo, presenta quejas verbales, las cuales intentan resaltar su sufrimiento personal a través de frases como “la vida me presenta situaciones que ya no tienen solución”. Sumado a esto, ha adoptado un patrón de evitación experiencial el cual se genera con el objetivo de no entrar en contacto con sus experiencias privadas y al mismo tiempo realiza intentos para alterar la forma de los sucesos o contextos que los ocasionan (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). Lo anterior, está acompañado por síntomas fisiológicos tales como insomnio, variaciones en el apetito y peso corporal, también síntomas emocionales como llanto y sentimientos de vacío. Estos comportamientos han originado un grado de frustración asociado a la desesperanza, que se ha distinguido por la duda acerca del sentido de la vida, evocando a su vez un estado de desinterés y la sensación de pérdida de control sobre la vida propia (González & Hernández, 2012). Lo presentado por la paciente se mantiene por el reforzamiento negativo por evitación y escape ante situaciones percibidas como aversivas (Ruiz, Diaz & Villalobos, 2012) tales como eludir el malestar suscitado por

la relación con su hijo y su expareja. Igualmente, generó un patrón de aislamiento social que se ha producido por las conductas de evitación, que le impide entrar en contacto con las contingencias proveedoras de refuerzo social (Martell, Addis & Jacobson, 2001).

Conductas problema

- **Rumiación:** La paciente suele dedicar gran parte del día a pensar acerca de las dificultades que ha experimentado a lo largo de su vida, en especial las relacionadas con su última pareja sentimental.
- **Patrón de evitación conductual:** Evita hablar con las personas acerca de lo que siente. Elude comunicar a sus hijos y expareja que no desea continuar con su relación sentimental.
- **Quejas verbales:** A lo largo de su discurso se perciben frases tales como “la vida ha sido injusta conmigo, me pone problemas que no se pueden resolver”, las cuales tratan de resaltar su sufrimiento.
- **Dificultad en la toma de decisiones:** Se le dificulta encontrar una forma de actuar adecuada para resolver una dificultad, al no saber que opción escoger tiende a aplazar indefinidamente la tarea de decidir ante cualquier situación.
- **Aislamiento social:** Su red de apoyo social es muy limitada. Suele no participar en actividades sociales, lo que ha generado un distanciamiento con sus amigos. En pocas ocasiones ha visitado algunas amigas que viven cerca de ella.
- **Falta de regulación emocional:** En algunas ocasiones Y.T adopta estrategias poco efectivas ante estados afectivos negativos, lo que genera la presencia de emociones más intensas y descontroladas.

Hipótesis de origen

Durante el último año la paciente ha experimentado algunas situaciones relacionadas con su área afectiva y familiar que han generado cierto grado de estrés: mantener una relación de pareja en donde se producían episodios de violencia intrafamiliar de tipo psicológica, la finalización de esta relación, las conductas de su hijo menor como resultado de la separación de su padre y a su vez la demanda del mismo para retomar la convivencia con sus dos progenitores, han originado en la paciente una tendencia a suprimir o eliminar este malestar que le resulta angustioso (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011).

Sumado a esto, se observan algunos antecedentes vinculados a un cuadro depresivo relacionados con su primer embarazo a los 17 años, el cual no fue planeado. Para esa misma época hubo un alejamiento con sus padres y también una crisis económica que no le permitió iniciar sus estudios universitarios. Igualmente existe un evento ocurrido durante su infancia unido al cambio de residencia cuando tenía 10 años por motivos laborales de su padre, hecho que generó el distanciamiento con sus amigos y suscitó sentimientos de tristeza y dificultades para dormir por algunos días. Por otro lado, existen antecedentes personales relacionados con pocas habilidades para la resolución de conflictos (Nezu, 1987) junto con dificultades para ejercer una adecuada regulación emocional (Slee, Garnefski, Spinhoven, & Arensman, 2008), lo que genera en la paciente una sensación de pérdida de control e indecisión que han reforzado la aparición de sintomatología depresiva.

Teniendo en cuenta lo anterior, ante la relación establecida con su hijo menor y también con su expareja, la paciente ha adoptado un patrón de conducta que responde a un cuadro depresivo, en el que se incluye un conjunto de conductas problema tales como

estado de ánimo bajo, llanto, irritabilidad, pérdida del interés y energía, sensación de cansancio, quejas verbales, insomnio y pensamientos negativos.

Hipótesis de mantenimiento

El patrón depresivo es mantenido por las conductas de evitación y escape de la paciente, las cuales actúan como reforzadores negativos. De esta forma, Y.T se abstiene de involucrarse en eventos que para ella le resulten aversivos, tales como: Resolver dificultades familiares, en especial las relacionadas con su hijo menor. Tomar decisiones respecto a su vida afectiva, aplazando indefinidamente la elección de una forma de actuar, para así evitar la aparición de auto verbalizaciones negativas acerca de sus habilidades en la solución de conflictos. Del mismo modo, eludir la participación en actividades sociales para evitar hablar con las demás personas acerca de lo que siente. Sobre este último, Barajas (2015) menciona que se puede pensar que una persona con un trastorno depresivo mayor evita el contacto con los demás por varias razones, una de ellas es para no ver que los demás manifiestan un estado de ánimo “mucho mejor” que el propio o para evitar recibir comentarios negativos sobre la actitud o aspecto. De acuerdo con Castillo (2013) se ponen en marcha estrategias de evitación, cuya efectividad es mantenida por la creencia de que eludir o escapar es lo adecuado, junto con que se genera un alivio inmediato asociado a la reducción de la función aversiva de la experiencia identificada como negativa.

La percepción relacionada con la carencia de no tener control sobre la propia vida y las dificultades que en ella se generan han establecido el desarrollo de pensamientos repetitivos negativos. Estas conductas de rumiación negativista se caracterizan por una marcada tendencia a realizarse reproches sobre sí mismo y las situaciones al comparar los hechos actuales con algún estándar no alcanzado (Thanoi & Klainin-Yobas, 2015). Según

Dickson, Ciesla y Reilly (2012) las personas continúan rumiando a pesar de las consecuencias negativas que esto contraiga, y optan por no buscar una solución a los eventos que dan lugar a este proceso, al contrario, se centran y quedan adheridas a las dificultades y los sentimientos generados, interfiriendo de este modo con la adecuada resolución de conflictos, lo que por ende también afecta el uso de estrategias eficaces para el mejoramiento del estado de ánimo negativo. Teniendo esto en cuenta Y.T mantiene una orientación negativa frente a cada problemática presentada (Hasegawa, Hattori, Nishimura & Tanno, 2015), la cual percibe cualquier dificultad como una amenaza para su bienestar, lo que desencadena dudas sobre sus habilidades para solventar un inconveniente, lo que a su vez promueve la anticipación a un resultado negativo

Resultados de la intervención terapéutica

Con la intervención terapéutica a paciente logró aceptar los pensamientos, sentimientos y sensaciones que se generaban ante algunas situaciones, disminuyendo así la tendencia a eludir el malestar provocado. De esta forma, en lugar de evitar el sufrimiento suscitado, empezó a buscar soluciones y ponerlas en marcha permitiéndose experimentar el malestar suscitado, sin ella apartarse de sus objetivos vitales. La evidencia de su evolución se empezó a observar a partir de sus verbalizaciones en consulta, tales como: “Durante los últimos días mi hijo se ha portado mal y me preocupa, pero me he dado en cuenta que puedo solucionar las cosas y hablar con él para explicarle lo que sucede con su papá”, “Yo sé que voy a tener días difíciles, en donde me puedo sentir triste, pero aun así voy a seguir trabajando y a conseguir lo que quiero”.

Para realizar el seguimiento de la evolución se tomaron tres tipos de registro: 1) Evaluaciones en diferentes momentos de la intervención con el instrumento estandarizado

seleccionado (ver método), con el cual se hacía seguimiento a los síntomas depresivos.; 2) la aplicación de algunos instrumentos utilizados como recursos terapéuticos en la fase intermedia y final de la intervención; y 3) Registro de indicadores conductuales, más específicamente las conductas de rumiación presentadas por la paciente.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de estos registros:

Resultados del Instrumento Estandarizado de Seguimiento Clínico

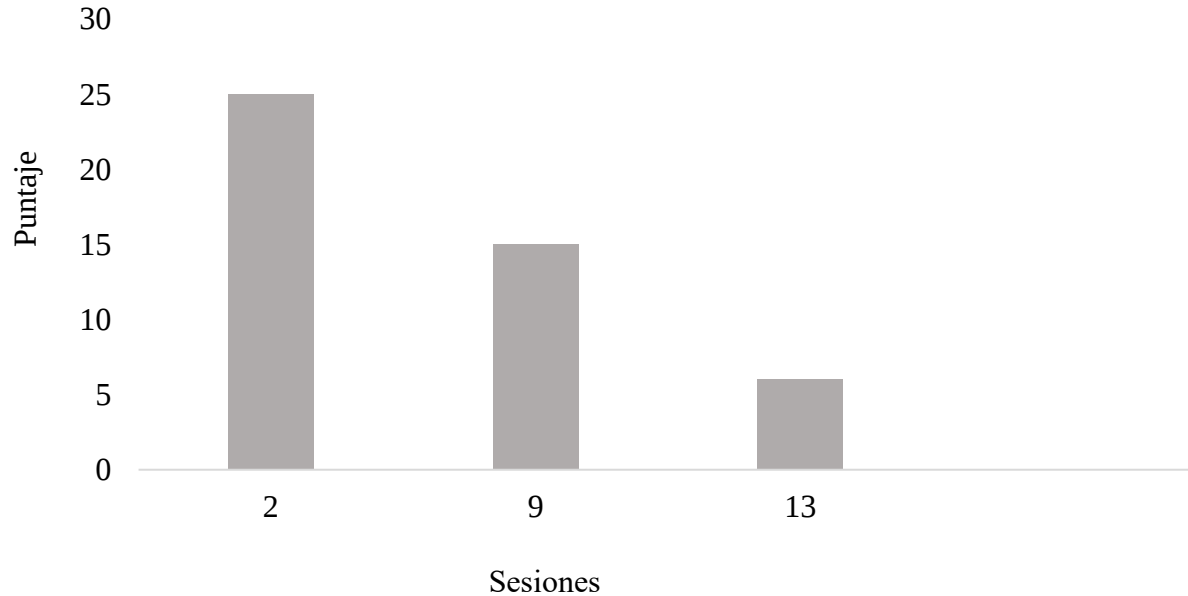
Inventario de Depresión de Beck

Es un instrumento auto aplicable que está conformado por 21 ítems, los cuales evalúan un amplio espectro de síntomas depresivos, 15 de ellos hacen referencia a síntomas psicológicos- cognitivos y los otros 6 a síntomas somáticos-vegetativos. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 63. De acuerdo con las puntuaciones obtenidas de 0-13 indica mínima depresión, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave (Molina, et al., 2018).

Este instrumento fue suministrado en tres ocasiones a la paciente con el objetivo de hacer seguimiento a los síntomas de su problema clínico. En la primera aplicación realizada en la sesión 2 se obtuvo una puntuación de 25, lo cual, de acuerdo con los puntos de cohorte establecidos por el instrumento, indicaron una depresión moderada. Nuevamente fue aplicado en la sesión 9, evidenciando una disminución con un puntaje de 15, relacionado con un estado mínimo de depresión. Su última aplicación tuvo lugar en la sesión 13, que finalmente arrojó un puntaje de 6, el cual indicó la ausencia de síntomas depresivos (Ver figura 1).

Figura 1.

Seguimiento de síntomas depresivos en el inventario de depresión de Beck.



Resultados de los instrumentos utilizados como recursos terapéuticos

Cuestionario de valores

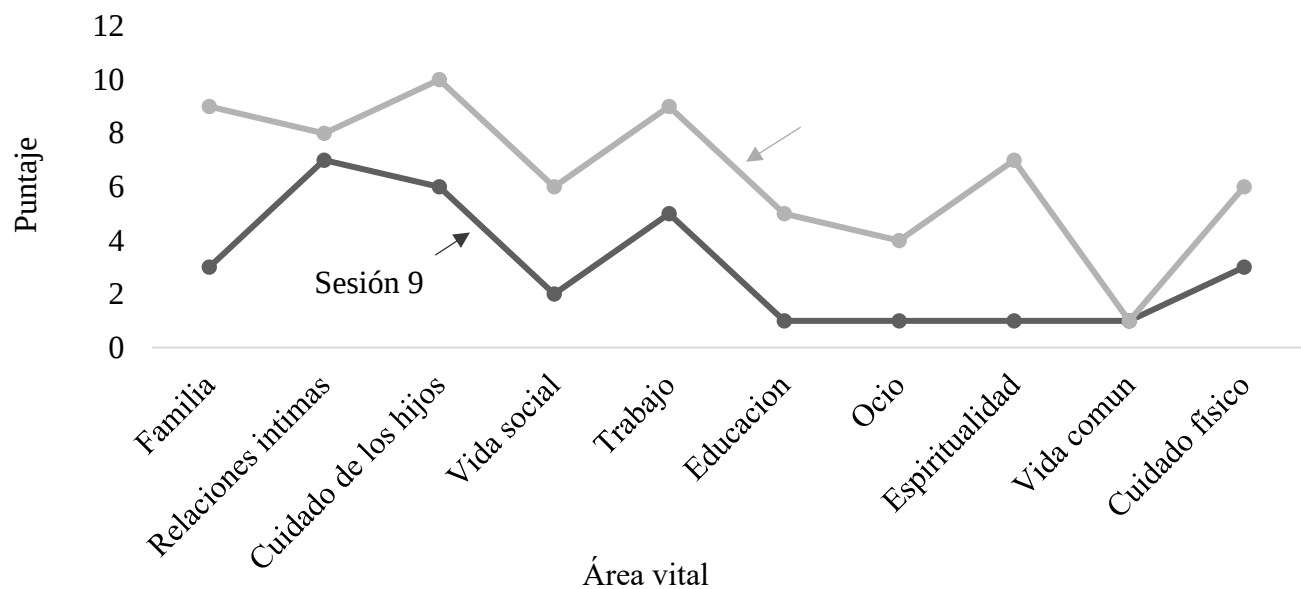
Este cuestionario tiene como objetivo identificar la importancia que el paciente le otorga a diferentes áreas de su vida. Para ello, deberá marcar cada ámbito en una escala de 1-10, en donde 1 significa nada importante y 10 muy importante.

De acuerdo a lo obtenido, en la primera aplicación realizada en la sesión 9, las áreas con mayor valoración fueron: Relaciones íntimas, cuidado de los hijos y trabajo, recibiendo una estimación de 7, 6, y 5 respectivamente. Las áreas asociadas a la familia, vida social, educación, ocio, espiritualidad, vida común y cuidado físico obtuvieron una menor valoración que osciló entre 1 y 3.

Ahora bien, en la sesión 13 se realizó la segunda aplicación del cuestionario, en el cual Y.T percibió como importante las siguientes áreas: Familia, relaciones íntimas, cuidado de los hijos, trabajo, espiritualidad y cuidado físico. Cada una de estas áreas obtuvo una valoración de 9, 8, 10, 9, 7 y 6. Los ámbitos de educación, vida social, ocio y vida común recibieron una valoración de 5, 6, 4 y 1. La siguiente figura muestra los resultados obtenidos, haciendo una comparación de la respuesta emitidas por la paciente en las sesiones en las que se llevó a cabo la aplicación del cuestionario.

Figura 2.

Comparación de los resultados obtenidos en la aplicación del Cuestionario de valores.



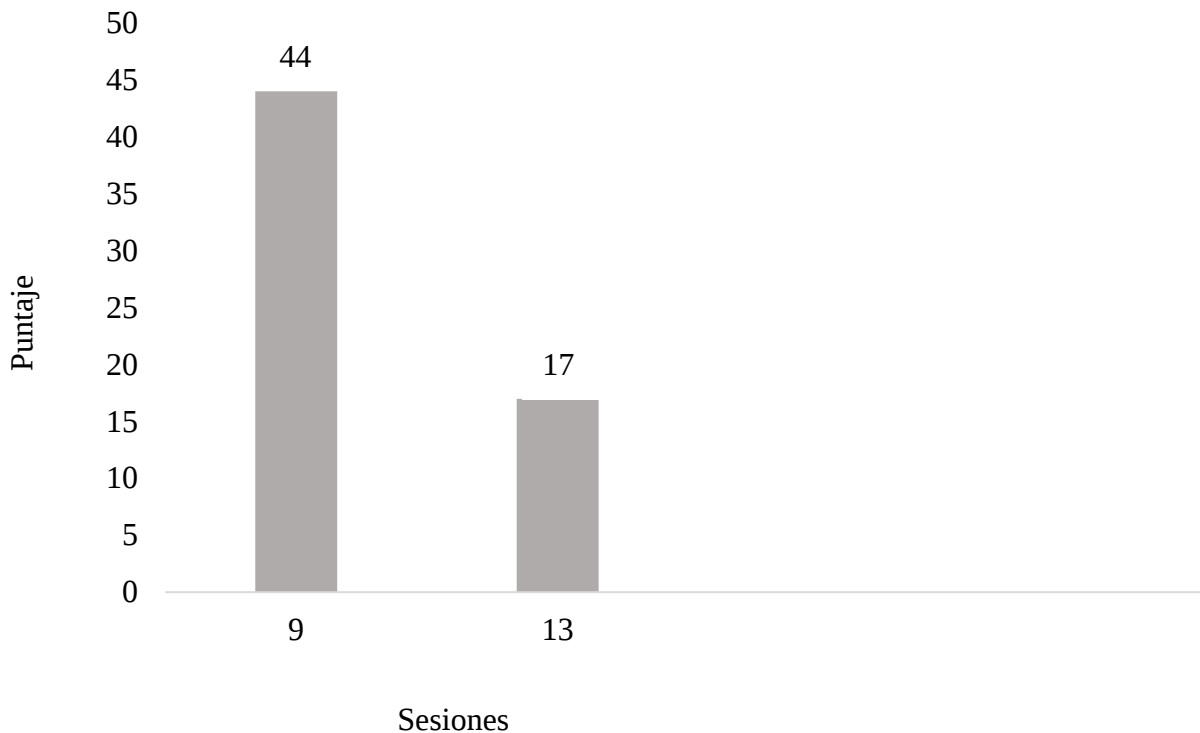
Cuestionario de Aceptación y Acción

Este es un cuestionario auto aplicable que consta de 7 ítems, los cuales permiten medir la evitación experiencia o por el contrario la flexibilidad psicológica. Este instrumento presenta al paciente 7 opciones de respuesta que van desde nunca verdad hasta siempre es verdad.

La aplicación de esta escala se dio en dos ocasiones, en las sesiones 9 y 13. En su primera aplicación se obtuvo una puntuación de 44, lo que indicó en ese momento poca aceptación de los eventos privados y mayores conductas de evitación en la paciente. La segunda aplicación arrojó un puntaje de 17, a través del cual se observó el aumento en la aceptación y una menor tendencia a generar comportamientos de evitación experiencial (Ver figura 3).

Figura 3.

Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Aceptación y Acción (AQQ-II)



Escala de Reforzamiento de Ambiente (EROS)

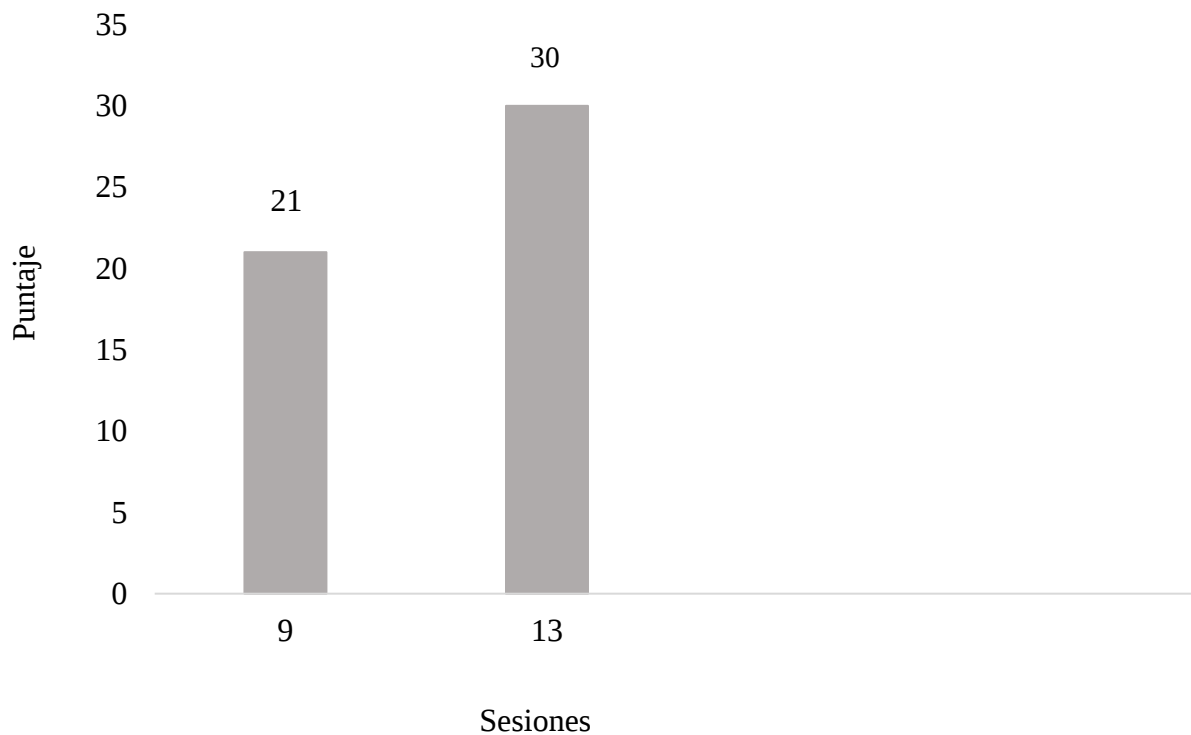
Este instrumento está compuesto por 10 ítems que evalúa el grado de recompensa que provee el ambiente a la persona. En otras palabras, esta prueba evalúa el aumento del comportamiento y las emociones positivas como resultado de obtener experiencias

reforzantes del entorno (Valderrama, Bianchi & Villalba, 2016). Sus respuestas se dan a través de una escala tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta que van desde 1 hasta 4, donde 1 hace referencia a totalmente desacuerdo y 4 totalmente de acuerdo.

Al igual que los anteriores instrumentos, la aplicación de esta prueba tuvo lugar en la sesión 9 y 13. En la primera de ellas se obtuvo una puntuación de 21 y en la segunda el puntaje fue de 30. Lo que indica que la paciente incremento su percepción de refuerzo medioambiental, es decir, tuvo una mayor experimentación de eventos significativamente reforzadores identificados en su entorno. La siguiente figura muestra los resultados en la escala.

Figura 4.

Puntuaciones obtenidas en la Escala de Reforzamiento del Ambiente (EROS)



Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS)

La escala tiene como objetivo medir la activación conductual por medio de 25 ítems que se distribuyen en 4 subescalas: Activación, evitación/rumia, afectación del trabajo/actividad y afectación de la vida social. Las opciones de respuesta van desde 0 hasta 6, en donde 0 significa nada en absoluto y 6 completamente cierto.

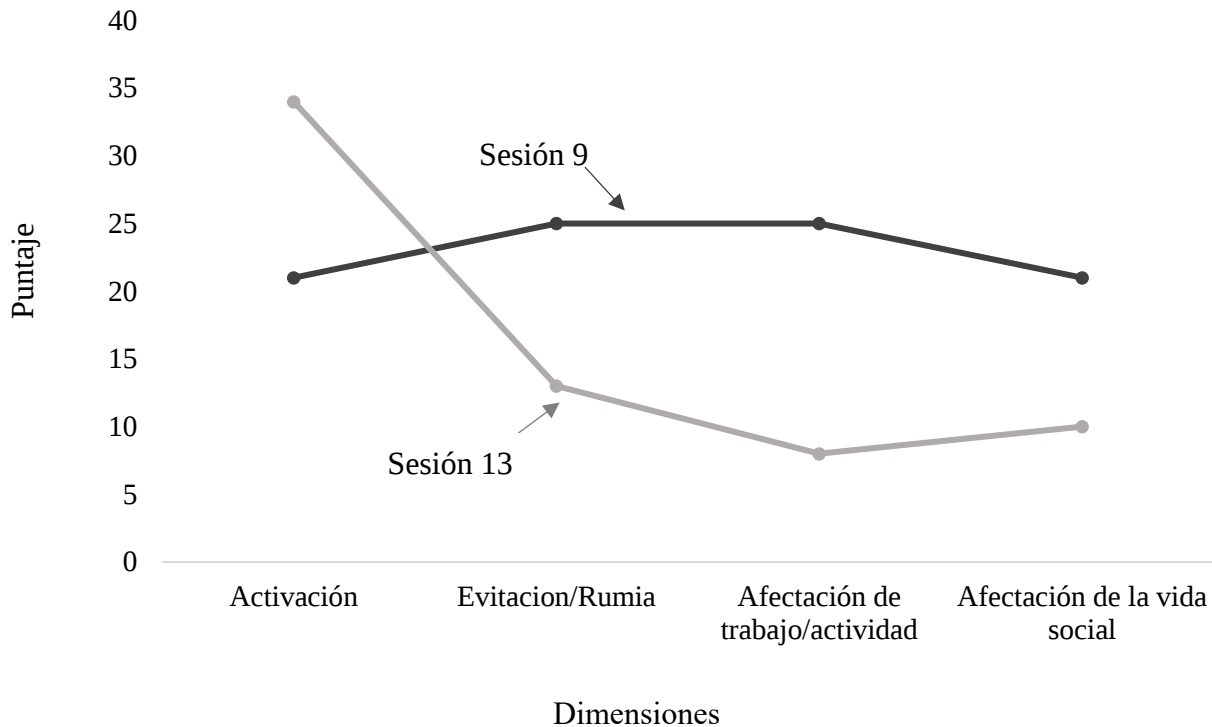
Dentro de los resultados obtenidos derivados de su aplicación en la sesión 9, se pudo observar que inicialmente la sub escala de activación arrojó una puntuación de 21, en la categoría siguiente en relación a la evitación/rumia puntuó 25 al igual que en la afectación de trabajo/actividad, y finalmente en la sub escala afectación de la vida social se produjo una valoración de 21.

En cuanto a su segunda aplicación en la sesión 13, la primera escala de activación mostró una puntuación de 34, también en la categoría de evitación/rumia se observó una valoración de 13, con relación a la afectación en el trabajo el resultado fue de 8 y por último en afectación de la vida social se observó un puntaje de 10.

De esta manera, Y.T tuvo un incremento en las actividades que realizaba, disminuyó su tendencia a evitar o rechazar determinados sentimientos o pensamientos para no sentirse mal, llevó a cabo diferentes tareas que surgieron en su trabajo y se vinculó a más actividades en su entorno social. A continuación, se muestra una figura en donde se realiza una comparación de los resultados obtenidos en las 4 sub escalas de la prueba.

Figura 5.

Comparación de los resultados obtenidos en las categorías de la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS)



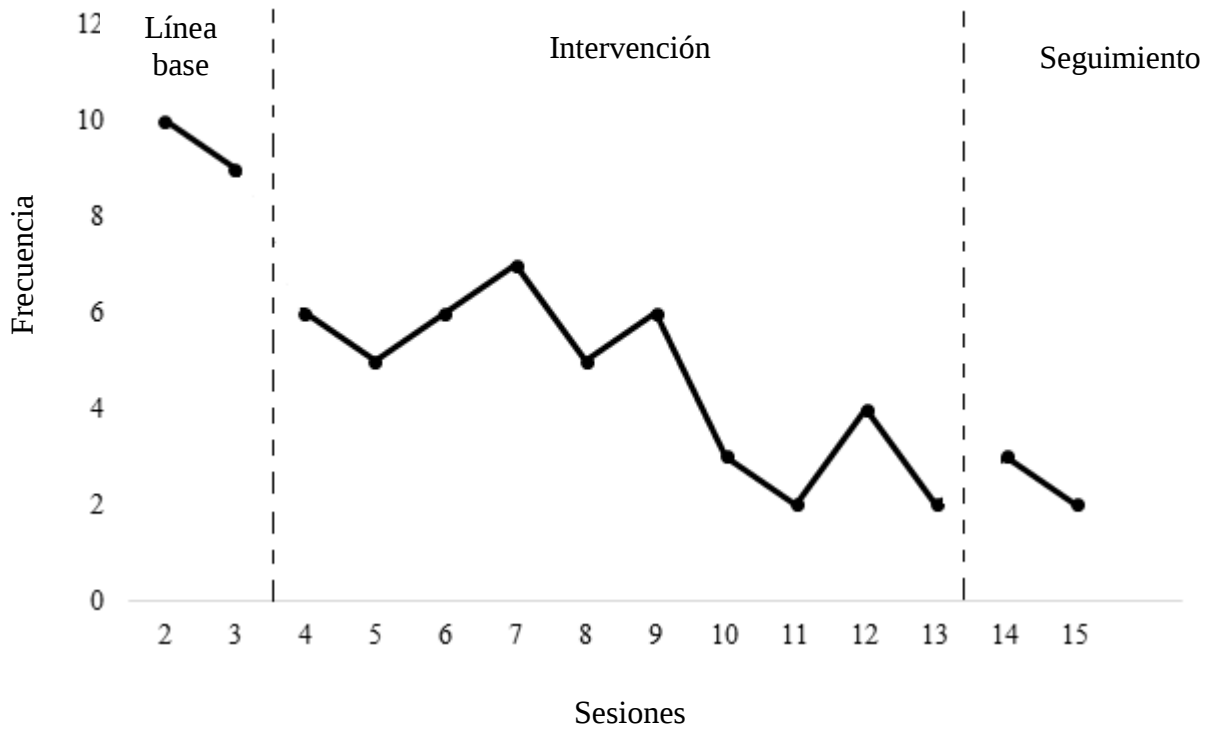
Resultados de seguimiento por indicadores conductuales

La paciente mantenía un patrón de conducta de evitación, caracterizado principalmente por la rumiación que evidentemente generaba en ella un alivio temporal al eludir aquello que le generaba malestar, pero que a su vez fue incrementado y extendiendo su sufrimiento, afectando incluso otras áreas de su vida. De este modo, para llevar a cabo un seguimiento de esta conducta problema se planteó a la paciente la realización de un auto registro relacionado con la frecuencia en que estaba inmersa en ese estado durante la semana. Los primeros tres registros (sesiones 2 y 3) corresponden únicamente a la evaluación de estos pensamientos repetitivos (línea de base). Los registros siguientes corresponden al periodo de intervención (sesiones 4 a 13) y los últimos dos a la retirada del tratamiento en donde a través del seguimiento se indagó su frecuencia. Antes de llevar a cabo el tratamiento, Y.T presentaba una alta frecuencia de rumiación, la cual no le permitía llevar a cabo una adecuada resolución de sus dificultades y toma de decisión. No obstante,

a medida que avanzó la intervención este patrón de conducta disminuyó y aumentando su compromiso con otras áreas vitales (Ver figura 6)

Figura 6.

Registro escrito de frecuencia de rumiación a la semana.



Discusión

En este estudio de caso se dio a conocer el abordaje terapéutico dirigido a una consultante, que presentaba síntomas asociados a un cuadro depresivo. El modelo seleccionado para la intervención terapéutica fue la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), el cual fue escogido teniendo en cuenta las conductas problema, las cuales se caracterizaban por presentar un patrón de evitación experiencial y un control inflexible de sus eventos privados.

Desde el análisis funcional, se pudo identificar que la paciente presentaba un conjunto de comportamientos evitativos hacia diversas situaciones que le generaban malestar, apartándose de sus valores y respondiendo a pensamientos y sentimientos relacionados con experiencias vividas en el pasado e incertidumbre y desesperanza frente al futuro, y no a las contingencias del presente (Valdivia, Sheppard, & Forsyth, 2010).

Por tal motivo, de acuerdo a los resultados derivados de la intervención, se puede afirmar el cumplimiento de uno de los principales objetivos de este proceso, asociado al abandono de los intentos que había hecho hasta el momento la paciente por controlar sus eventos privados, puesto que ellos potenciaban su sufrimiento. Y.T progresivamente fue modificando su lenguaje, el cual proponía una actitud más abierta y aceptante hacia el contenido temido (por ejemplo., “cuando mi hijo se porta mal y discuto con él me resulta muy duro, pero, aunque sienta eso, hablo con él y le digo lo que pienso”). De acuerdo con la literatura, lo anterior, suele ser identificado como una señal de progreso durante la terapia, a partir de ello se infiere que el cliente se ha empezado a implicar con acciones relacionadas con el “estar dispuesto” que incluso pueden generalizarse a otras situaciones problema de la vida (Hayes, Strolash & Wilson, 2014). Este resultado también se obtuvo en

dos estudios de caso realizados por Molinero (Citado por Páez & Gutiérrez, 2012). Sus hallazgos muestran la disminución del control sobre los contenidos y el aumento en el compromiso de acciones orientadas hacia los valores de sus dos participantes quienes presentaban síntomas disociativos y conductas de evitación experiencial.

Durante la fase de evaluación Y.T veía como estrategia de solución para sus problemas evitar sus eventos privados. Tras la intervención, se obtuvo un cambio favorable a través del cual se infiere que Y.T logró entender que la aceptación y la no lucha contra sus emociones, pensamientos o sentimientos es la mejor opción para solucionar sus dificultades (Kohlenberg et al., 2005). A partir de la sesión 6 se empezó a percibir un cambio conductual tras el uso de metáforas. En un principio las verbalizaciones de Y.T se caracterizaban por una marcada inflexibilidad psicológica; no obstante, tras la implementación de esta técnica, su discurso iba cambiando.

Con respecto a los componentes de valores y acción comprometida, Dahl, Stewart, Kaplan y Martell (2013) mencionan que el primero de ellos hace referencia a las direcciones de cada área importante en la vida de la persona y la segunda son los actos que se llevan a cabo en dirección a esos valores. En el caso de Y.T, se obtuvo un incremento de conductas dirigidas a diversas áreas valiosas, permitiendo así el planteamiento de metas y el trabajo sobre ellas en relación a sus necesidades e intereses. Este resultado también se ha observado en otras investigaciones como por ejemplo en la elaborada por Ribero y Agudelo (2016) quienes realizaron la aplicación de ACT en dos casos de evitación experiencial. Lo obtenido evidencio un aumento en la realización de acciones que incluso fueron llevadas a cabo por las participantes a pesar de obtener resultados negativos.

Otro aspecto de gran relevancia que se obtuvo a través de la terapia fue la disminución de los síntomas depresivos. Tal y como lo indican los resultados, en la primera medición (sesión 2) realizada con el Inventario de Depresión de Beck (1973) validado en Colombia por Castrillon (2005) Y.T obtuvo un puntaje de 26 ubicado en un nivel de gravedad moderado; en su última aplicación (sesión 13) la puntuación fue de 6 lo que indicó la ausencia de síntomas depresivos. La activación conductual derivada del planteamiento y desarrollo de acciones orientadas a valores, generó en la paciente el acceso a contextos reforzadores y por ende la disminución de su malestar. Además, la implementación de procesos clínicos propios de esta terapia como lo son el yo como contexto y el momento presente promovieron el contacto de la paciente con las contingencias directas. Un hallazgo similar fue obtenido por McCracken, Soto y Taylor (2013) los cuales implementaron esta intervención en un grupo de adultos diagnosticados con depresión y dolor crónico. Los resultados evidenciaron una disminución de los síntomas depresivos.

Dentro del patrón de conducta adoptado por la paciente, se evidenció la presencia de pensamientos rumiativos que reforzaban el malestar presentado. De acuerdo con Holm-Denoma y Hankin (2011) la rumia representa un factor de vulnerabilidad para la depresión provocando en la persona un pensamiento constante relacionado con el significado y las razones de su tristeza o afecto disfórico (Kashdan & Rottenberg, 2010). Estudios como el realizado por Priede, Gonzalez-Blanch, Herran y Hayuela (2013) señalan que este tipo de conducta se relaciona con una mayor presencia de síntomas ansiosos y depresivos. Por tal motivo, en este estudio de caso, la paciente llevo a cabo un autoregistro acerca de la frecuencia de rumiación durante la semana. Al inicio de la intervención se puede observar

una alta frecuencia de pensamientos repetitivos, durante la aplicación de la terapia aquellos disminuyen y finalmente durante la fase de seguimiento solo se presentan entre 1 o 2 veces por semana. Cabe mencionar,

De acuerdo a lo anterior, algunos artículos afirman que, al utilizar ACT en personas con depresión por un rango de tiempo de al menos cuatro sesiones, ayuda a disminuir significativamente no solo los síntomas, sino también se evidencia una mayor flexibilidad psicológica (Kohtala, Lappalainen, Savonen, Timo & Tolvanen, 2013). Lo expuesto, coincide con lo reportado por una investigación realizada por Tamannaefar, Gharraee, Birashk y Habibi (2014) quienes evaluaron la efectividad de ACT y la terapia cognitiva en pacientes con síntomas depresivos. Aunque los resultados no mostraron diferencias significativas entre estos dos tratamientos, si se evidenció una disminución de la rumiación en los participantes.

Si bien este estudio de caso aporta evidencia frente a la efectividad de la ACT en personas con trastorno depresivo, es importante aclarar que presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas. Destaca entre ellas la imposibilidad de haber realizado un seguimiento a más largo plazo para así verificar si los resultados generados se mantienen a lo largo del tiempo. Asimismo, la paciente en tres ocasiones no completo el autoregistro prescrito, por lo que fue necesario recurrir a otra estrategia para obtener esta información. En concreto, la terapeuta estimó, junto con la paciente, la frecuencia de pensamientos rumiativos. A partir de ello, se pudo evidenciar una disminución de estas conductas, a lo que a su vez contribuyó a una mejora en el estado de ánimo.

Finalmente, la práctica clínica se convierte en una herramienta vital para el ejercicio de la psicología, ya que provee diferentes estrategias para el proceso de diagnóstico e

intervención. En este último, se cuenta con la posibilidad de elegir la forma de trabajar bajo determinado modelo terapéutico, que a su vez amplía el foco de conocimiento del terapeuta en cuanto a las diferentes generaciones de terapias. Por otra parte, el trabajo realizado por el psicólogo clínico en cualquier contexto se convierte en una gran fuente de aprendizaje, lo cual le ayuda a actuar asertivamente ante determinada situación.

Conclusiones y recomendaciones

El patrón de evitación desencadenado frente a la experiencia o los eventos privados efectivamente genera una sensación de alivio temporal. No obstante, interfiere con el planteamiento de metas personales y con la realización de acciones en pro de los valores. Del mismo modo, la persona empieza a percibir escasos refuerzos del ambiente identificando pocas actividades como agradables, se siente insatisfecha con el empleo de su tiempo y con los logros obtenidos, etc. Opta por centrarse en sus recuerdos dolorosos, en sus emociones, preocupaciones y buscar alternativas para eliminarlos. Para lo anterior, la ACT muestra una alta efectividad, que ayuda al paciente a darse cuenta que las técnicas que muchas veces utiliza para resolver su problema en realidad esconden trampas que aumentan el sufrimiento.

Teniendo esto en cuenta, una vez se ha implementado esta terapia, el paciente identifica que la evitación vivencial da como resultado la rigidez psicológica, mientras que la aceptación favorece la flexibilidad. También, se hace más consiente de los límites del lenguaje y cómo algunas veces el contenido verbal puede conducir al sufrimiento. Sumado a esto, sus técnicas guían al paciente en la utilización de los valores para crear un sentido de dirección y significado vital y así definir acciones para alcanzar sus objetivos.

Ahora bien, respecto a las recomendaciones para el caso clínico, se considera importante ampliar los periodos de tiempo para realizar seguimiento, esto con el objetivo de verificar si los cambios se mantienen sobre el tiempo, en especial, si la paciente continúa realizando las acciones planteadas en sesión dirigidas a diferentes áreas o ámbitos de su vida. Por otra parte, se considera importante que el hijo menor de la paciente reciba atención psicológica, en la cual se pueda trabajar la elaboración del duelo por la separación de sus padres.

Referencias

- Abdu'l-Missagh, G. (2015). Depression: Biological, Psychosocial, and Spiritual Dimensions and Treatment. *Journal of Bahá'í Studies*, 25(4), 1-26.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barajas, S. (2015). Evitación y psicopatología: Un estudio a través de una tarea experimental y su relación con medidas de autoinforme. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 63-73.
- Barraca, J., & Pérez- Álvarez, M. (2010). Adaptación española del Environmental Reward Observation Scale (EROS). *Ansiedad y Estrés*, (16)1, 95-107
- Beck, A. (1973). *Terapia cognitiva de la depresión*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (2009). *BDI-II Inventario de Depresión de Beck*. Buenos aires, Argentina: Editorial Paidós
- Bianchi, J., & Henao, Á. (2015). Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia psicológica*, 33(2), 69-80
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile*, 142,1297-1305.
- Castillo, M. (2013). *Trastorno por evitación experiencial*. Recuperado de http://terapiascontextuales.org/index_html_files/Trastorno%20por%20evitacion%20experiencial%20por%20Maricruz%20Castillo%20Corona.pdf

- Castrillon, D. (2005). Validación del inventario de depresión de Beck para Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(13), 79–90.
- Chapí, L. (2013). Características de la depresión en la adolescencia. *Revista digital EOS Perú*, 1(1), 59-65.
- Dahl, J., Stewart, I., Kaplan, J. & Martell, C. (2013). ACT & RFT in relationships: Helping clients deepen intimacy and maintain commitments using Acceptance and Commitment. *Therapy and Relational Frame Theory*. Oakland: New Harvinger Publications.
- Dickson, K., Ciesla, J., & Reilly, L. (2012). Rumination, Worry, Cognitive Avoidance, and Behavioral Avoidance: Examination of Temporal Effects. *Behavior Therapy*, 43, 629-640.
- Fontes de Gracia, S., García- Gallego, C., Quintanilla, L., Rodríguez, R., Rubio de Lemus, P., & Sarria, E. (2015). *Fundamentos de investigación en Psicología*. Madrid, España: Editorial UNED.
- Gamoneda, J. (2017). *Importancia de la evitación experiencial y las distorsiones cognitivas en la adicción al alcohol*. Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/116194/retrieve>
- Gonzalez, J., & Hernandez, A. (2012). La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: análisis desde el modelo de Beck. *Enseñanzas e investigación en psicología*, 17(2), 313-327.

- Hasegawa, A., Hattori, Y., Nishimura, H., & Tanno, Y. (2015). Prospective associations of depressive rumination and social problem solving with depression: a 6-month longitudinal study. *Psychological Reports, 116*(3), 870-888.
- Hayes, L., Boyd, C., & Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of Adolescent Depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness, 2*, 86-94.
- Hayes, S. & Smith, S. (2011). *Sal de tu mente entra en tu vida. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Hayes, S., Pistorello, J., & Levin, M. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist, 40*(7), 976–1002.
- Hayes, S., Strosahl, K., Wilson, K., Bissett, R., Pistorello, J., Toarmino, D.,...Mccurry, S (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *The Psychology Record, 54*, 553-578.
- Hayes, S., Strosahl, & Wilson, K. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y practica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, (64)*6, 1152- 1168.
- Holm-Denoma, J. M., & Hankin, B. L. (2011). Perceived physical appearance mediates the rumination and bulimic symptom link in adolescent girls. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 39*(4), 537-544.

- Kanter, J., Mulick, P., Busch, A., Berlin, S., & Martell, C. (2007). The Behavioral Activation for Depression Scale (BADs): Psychometric Properties and Factor Structure. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 29, 191-202.
- Kashdan, T., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865-878.
- Kohlenberg, R., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A. & Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 349-371.
- Kohtala, A., Lappalainen, R., Savonen, L., Timo, E., & Tolvanen, A. (2013). A Four-Session Acceptance and Commitment Therapy Based Intervention for Depressive Symptoms Delivered by Masters Degree Level Psychology Students: A Preliminary Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(3), 360–373.
- Larmar, S., Wiatrowski, S., & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & Commitment Therapy: An overview of techniques and applications. *Journal of Service Science and Management*, 7, 216-221
- Martell, C., Addis, M., & Jacobson, N. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- Martell, C., Dimidjian, S. y Dunn, R. (2010). *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide*. New York: The Guilford Press.

- McCracken, L. M., Sato, A., & Taylor, G. J. (2013). A trial of a brief group-based form of acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain in general practice: Pilot outcome and process results. *Journal of Pain*, 14(11), 1398–1406.
- Ministerio de Salud de Chile (2013). *Guía clínica AUGE. Depresión en personas de 15 años y más*. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA-DEPRESION-15-Y-MAS.pdf>
- Ministerio de Salud de México. (2017). *Boletín de salud mental Depresión. Subdirección de enfermedades no transmisibles*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Molina, Y., Gomez, O., Bonilla, J., Roperio, U., Velez, D., & Salazar, J. (2018). Prevalencia de Sintomatología Depresiva en estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas, Manizales – Colombia. *Revista Medica de Risaralda*, 24(1), 23-28.
- Nezu, A. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literatura review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.

- Ortiz, L., Samudio, G., Avalos, D. & González, A. (2016). Prevalencia de síntomas depresivos en pacientes pediátricos internados en un Hospital de tercer nivel. *Pediatría (Asunción)*, 43(2), 109-114.
- Paez, M. & Gutierrez, O. (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., & Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98.
- Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Pérez, P., & Uribe, A. (2016). Terapia de aceptación y compromiso en un caso de trastorno mixto de ansiedad y depresión en una paciente con cáncer. *Psicooncología*, (13)1, 101-111.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-Generation therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 291-310
- Priede, A. Gonzalez-Blanch, C., Herran, A., & Hoyuela, F. (2013). Asociación entre rumiaciones y malestar emocional en pacientes recién diagnosticados de cáncer. *Psicooncología*, 10(1), 131-140.
- Puspitasari, A., Kanter, J., Koerner, K., Murphy, J. y Crowe, A. (2013). Developing an Online, Modular, Active Learning Training Program for Behavioral Activation. *Psychotherapy*, 50, 256–265.

- Ribero, S. & Agudelo, L. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. *Avances en psicología Latinoamericana*, 34(1), 29-46.
- Rivadeneira, C., Dahad, J., & Minici, A. (2013). El modelo cognitivo de la depresión. *Revista de Terapia Cognitiva Conductual*, 22,(1) 1-6.
- Rodríguez, J., Senín, C., & Perona, S. (2014). From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 221-231.
- Ruiz, A., Diaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Ruiz, F. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Ruiz, L. & Callejon, Z. (2014). Terapias conductuales de tercera generación en personas mayores: una revisión de la literatura. *Psychology, Society, y Education*, (6)2, 113-124.
- Ruiz, L., Cangas, A., & 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.

- Saenz, S., Perdigon, A., & Vasquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, (14)3, 249-280.
- Secretaria de Salud de México (2015). *Diagnostico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto*. Recuperado de <http://educads.salud.gob.mx/sitio/recursos/Depresi%C3%B3n/Diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20del%20trastorno%20depresivo%20en%20el%20adulto%20-%20GER.pdf>
- Sicras, A., Blanca, M., Gutiérrez, L., Salvatella, J., & Navarro, R. (2010). Impacto de la morbilidad, uso de recursos y costes en el mantenimiento de la remisión de la depresión mayor en España: estudio longitudinal de ámbito poblacional. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 13-19.
- Slee, N., Garnefski, N., Spinhoven, P., & Arensman, E. (2008). The influence of cognitive emotion regulation strategies and depression severity on deliberate self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(3), 274-286.
- Strosahl, K., & Robinson, P. (2018). *Mindfulness y aceptación contra la depresión. Cómo utilizar la Terapia de Aceptación y Compromiso para superar la depresión y crear una vida que merezca la pena vivir*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Tamannaefar, S., Banafsheh, G., Behrooz, B., & Mojtaba, H. (2014). A Comparative Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Group Cognitive Therapy for Major Depressive Disorder. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, (16)10, 60-63.

- Thanoi, W., & Klainin-Yobas, P. (2015). Assessing rumination response style among undergraduate nursing students: A construct validation study. *Nurse Education Today*, 35(5), 641-646.
- Valdivia, S., Sheppard, S. & Forsyth, J. (2010). *Emotional regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Publications.
- Veytia, M., González, N., Andrade, D., & Oudhof, H. (2012). El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1), 37-43.
- Wilson, K. & Luciano, M. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. España, Madrid: Ediciones Pirámide.
- Zarragoitía, I. (2011). *Depresión: Generalidades y particularidades*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Zettle, R., & Hayes, S. (2002). *Brief ACT treatment of depression*. Chichester, England: Wiley.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, _____ mayor y vecino (a) de la ciudad de _____ e identificado(a) con cédula de ciudadanía No.

_____, me permito manifestar que he sido informado sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica, la cual será atendida por un Psicólogo en formación y un Psicólogo asesor.

Que, en todo caso, la información podrá ser revelada si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; lo anterior con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

Es claro para mí, que el procedimiento a seguir es, en primera instancia un periodo de evaluación en el que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar mi estado psicológico actual, posteriormente recibiré un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que me encuentro, y se me dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento.

Comprendo que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro de mi bienestar y evitando de esta manera causarme un daño físico o moral. Sé que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación o intervención, recibiré información que me permitirá tomar la decisión que a mi criterio me parezca más conveniente.

También estoy enterado que el (la) psicólogo(a) en formación puede interrumpir la prestación del servicio en los siguientes casos:

- a. Cuando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia.
- b. Cuando en mi calidad de consultante rehúse o revoque la intervención del psicólogo en formación.
- c. Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.
- d. Cuando la vinculación del psicólogo en formación con la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** termine por cualquier circunstancia.
- e. Cuando el periodo de formación práctica del (la) estudiante finalice, aun cuando continúe su vínculo con la universidad.

De otra parte, y comprendiendo que el servicio es prestado por una Institución de Educación Superior dentro de un proceso académico, autorizo de forma expresa e informada a la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** a través de su IPS y/o a sus colaboradores y estudiantes, para que traten la información demográfica que se derive de las consultas realizadas con la finalidad de llevar a cabo investigaciones, obtener resultados y objetivos académicos y realizar publicaciones de tipo científico y/o académico que se requieran, esto siempre que al momento de realizar cualquier informe, entrega o similares, la información sea tratada frente a terceros de forma anonimizada; es decir, la información se comparta sin que medie la identificación plena de la persona que constituye nuestro representado. Se aclara que no serán tratados los datos de salud y relacionados con la intimidad del paciente para temas distintos a la atención en consulta y la realización de los tratamientos que correspondan de acuerdo con las normas aplicables al ejercicio de la psicología, esto junto a todos aquellos usos que respecto del material recaudado exija o autorice la normatividad vigente.

Dada la autorización, comprendo y he sido informado que de acuerdo con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, actualización aclaración y supresión en los términos legales mediante comunicación a la dirección datos.personales.bga@upb.edu.co.

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:

He explicado a: _____ la naturaleza y los propósitos de la consulta; le he explicado el contenido, objetivos y alcance de la misma, los riesgos y beneficios que implica su realización. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar consultas psicológicas y me apegó a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firman, Fecha _____

Nombre Usuario:	
Firma Usuario:	C.C. No.
Nombre Psicólogo (a) en formación	
Firma Psicólogo (a) en formación	C.C. No.
Nombre Psicólogo (a) Asesor (a)	
Firma Psicólogo (a) Asesor (a)	C.C. No.

	No. _____ T.P.
--	----------------

Nota: *El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2016 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magíster en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología. Así mismo, el documento ha sido ajustado de conformidad con los preceptos establecidos en la ley 1581 de 2012 y las normas que la complementan y reglamentan.*

Anexo 2. Formato de historia clínica

Fecha de recepción:

1. Datos sociodemográficos del usuario

Nombres y apellidos	Número de teléfono/ celular
Edad	Nivel de escolaridad
Genero	Profesión/ocupación
Documento de identidad	Remitido por
Lugar y fecha de nacimiento	
Dirección de residencia	
Estrato	

2. Datos de acudientes

Nombre y apellidos	Número de residencia
Parentesco	Número de celular
Dirección de residencia	

3. Situación actual del usuario

Motivo de consulta	Intentos previos de solución
Historial de la situación	Percepción de la situación desde el consultante

Redes de apoyo de/la consultante

4. Aspectos familiares

Familiograma	Nombre y apellidos
	Parentesco
	Edad
	Ocupación
	Escolaridad

5. Área personal

6. Área social, relacional y de pareja

7. Área laboral/ocupacional

8. Antecedentes personales y familiares
9. Conductas de riesgo
10. Observación general del usuario
11. Impresión diagnóstica
12. Plan de tratamiento
13. Seguimiento terapéutico

Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Nombre: _____ Fecha: _____

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1. A. No me siento triste.
b. Me siento triste.
c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2. A. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
c. Siento que no tengo nada que esperar.
d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3. A. No creo que sea un fracaso.
b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4. A. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía obtener antes.
b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía antes.
c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5. A. No me siento especialmente culpable.
b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
c. Me siento culpable casi siempre.
d. Me siento culpable siempre.
6. A. No creo que este siendo castigado.
b. Creo que puedo ser castigado.
c. Espero ser castigado.
d. Creo que estoy siendo castigado.
7. A. No me siento decepcionado de mí mismo.
b. Me he decepcionado de mí mismo.
c. Estoy disgustado conmigo mismo.
d. Me odio.
8. A. No creo ser peor que los demás.
b. Me critico por mis debilidades o errores.
c. Me culpo siempre por mis errores.
d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
9. A. No pienso en matarme.
b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
c. Me gustaría matarme.
d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. A. No lloro más de lo de costumbre.
b. Ahora lloro más de lo que solía hacer.
c. Ahora lloro todo el tiempo.
d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quiera.
11. A. Las cosas no me irritan más de costumbre.

- b. Las cosas me irritan más que de costumbre.
 - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12. A. No he perdido el interés por otras cosas.
- b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
 - d. He perdido todo mi interés por otras personas.
13. A. Tomo decisiones casi siempre.
- b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
 - c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 - d. Ya no puedo tomar decisiones.
14. A. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 - c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 - d. Creo que me veo feo.
15. A. Puedo trabajar tan bien como antes.
- b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - d. No puedo trabajar en absoluto.
16. A. Puedo dormir tan bien como antes.
- b. No puedo dormir tan bien como solía
 - c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
 - d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17. A. No me canso más que de costumbre

- b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - c. Me canso sin hacer nada.
 - d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
18. A. Mi apetito no es peor que de costumbre.
- b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 - c. Mi apetito esta mucho peor ahora.
 - d. Ya no tengo apetito.
19. A. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo últimamente.
- b. He rebajado más de dos kilos y medio.
 - c. He rebajado más de cinco kilos.
 - d. He rebajado más de siete kilos y medio.
20. A. Me preocupo por mi salud más que de costumbre.
- b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestia estomacales o estreñimiento.
 - c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otras cosas.
 - d. Estoy preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. A. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
 - c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
 - d. He perdido por completo el interés en el sexo.

Anexo 4. Cuestionario de Aceptación y Acción

Cuestionario de Aceptación y Acción (AQQ-II)

Nombre: _____

Edad: _____

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED. Use la siguiente escala para hacer su elección e ingrese el número que corresponde a su respuesta.

Nunca verdad	Muy raramente verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Con frecuencia es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1	2	3	4	5	6	7

	Ítem	Respuesta
1	Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría	
2	Tengo miedo de mis sentimientos	
3	Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos	
4	Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena	
5	Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida	
6	Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo	
7	Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir	

Anexo 5. Cuestionario de valores

Cuestionario de valores

Nombre: _____ **Edad:** _____

VALORACIÓN		Nada importante Extremadamente importante									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No	AREAS	Respuesta									
1	Familia (diferente de esposo/ e hijos)										
2	Esposo, pareja, relaciones íntimas										
3	Cuidado de los hijos										
4	Amigos, vida social										
5	Trabajo										
6	Educación/ formación										
7	Ocio/diversión										
8	Espiritualidad										
9	Ciudadanía/Vida Común										
10	Cuidado físico (dieta, ejercicio, descanso)										

Anexo 6. Formulario narrativo de valores

Formulario Narrativo de Valores

Generar una narración valiosa breve en cada área sobre la base de la discusión del trabajo llevado a cabo por el cliente respecto a lo que valora. Si algún área no es aplicable en un cliente, simplemente se deja en blanco. Después de haber narrado las direcciones valiosas, volver sobre ellas a fin de perfilarlas con el paciente. Continuar este proceso, al tiempo que se cuida que el cliente no ofrezca respuestas del tipo pliance hasta que terapeuta y cliente lleguen a una frase breve con la que el cliente esté de acuerdo en que resume sus valores para un área dada.

Áreas	Narración valiosa
Relaciones íntimas/ parejas	
Relaciones familiares	
Relaciones sociales	
Trabajo	
Educación/Formación	
Ocio	
Espiritualidad	
Ciudadanía	
Salud/ bienestar físico	

Anexo 7. Formulario de objetivos, acciones y barreras

Formulario de objetivos, acciones y barreras

Dadas las direcciones de valores enumeradas, trabajar con el cliente para generar objetivos (elementos que se pueden obtener) y acciones (pasos concretos que puede dar el cliente) que manifiesten esos valores. Utilizando las entrevistas y los ejercicios, identificar los elementos psicológicos que se interponen entre el cliente y sus avances en esas áreas. Si el cliente manifiesta algún tipo de barreras, reformularlas en términos de objetivos y colocarlas junto al valor relevante. Luego buscar acciones y barreras para esos objetivos.

Ámbito	Dirección de valores	Objetivos	Acciones	Barreras
Relaciones íntimas/ parejas				
Relaciones familiares				
Relaciones sociales				
Trabajo				
Educación/Formación				
Ocio				
Espiritualidad				
Ciudadanía				
Salud/ bienestar físico				

Anexo 8. Escala de Reforzamiento del Ambiente (EROS)

Escala de Reforzamiento del Ambiente (EROS)

Nombre: _____ Edad: _____

Valore en qué grado son aplicables a usted las siguientes diez frases. Tenga en cuenta la escala que está sobre las frases para elegir la respuesta.

VALORACIÓN		Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo			
		1		2		3		4	
No	AREAS	Respuesta							
1	Muchas actividades en mi vida son agradables								
2	Últimamente, me he dado cuenta de que las cosas que vivo me hacen infeliz								
3	En general, estoy muy satisfecho con la forma en que empleo mi tiempo								
4	Me resulta fácil encontrar con qué disfrutar en la vida								
5	Otras personas parecen tener vidas más plenas								
6	Ya no me resultan gratificantes actividades que antes me agradaban								
7	Desearía encontrar más aficiones que me divirtiesen								

8	Estoy satisfecho con mis logros	
9	Mi vida es aburrida	
10	Las actividades en que tomo parte normalmente salen bien	

Anexo 9. Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS)

Escala de activación conductual para la depresión (BADS)

Nombre: _____ Edad: _____

Por favor, lea con atención cada frase y rodee con un círculo el número que mejor refleje su situación durante la pasada semana, incluyendo el día de hoy

VALORACIÓN		Nada en absoluto Completamente cierto
		0 1 2 3 4 5 6
No	AREAS	Respuesta
1	Me quedé en la cama demasiado tiempo, aunque sabía que tenía cosas pendientes	
2	Había ciertas cosas que tenía que hacer y que no hice	
3	Estoy contento por el tipo y la cantidad de cosas que hice	
4	Me comprometí con una amplia y variada cantidad de actividades	
5	Acerté en mis decisiones sobre el tipo de actividades y situaciones en las que me metí	
6	No paré, pero no cumplí ninguna de las metas que me había puesto para cada día	
7	Me moví y cumplí las metas que me había fijado	

8	La mayor parte de lo que hice fue para escaparme o para evitar lo que me fastidiaba	
9	Hice cosas para evitar la tristeza y otras emociones dolorosas	
10	Traté de no pensar en ciertas cosas	
11	Hice cosas incluso a pesar de lo que costaba hacerlas porque tenían que ver con mis objetivos a largo plazo	
12	Llevé a cabo una tarea ardua pero que merecía la pena	
13	Perdí mucho tiempo dando vueltas a mis problemas	
14	Pasé tiempo tratando de encontrar de algún modo de resolver cierto problema, pero no llegué a poner en práctica ninguna de las posibles soluciones	
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	
16	No vi a ninguno de mis amigos	
17	Estuve encerrado en mí mismo y callado, incluso entre gente a la que conozco bien	
18	No estuve nada sociable, a pesar de las oportunidades que tuve	
19	Ahuyenté a la gente con mi negatividad	
20	Hice cosas para aislarme del resto de la gente	

21	Robé tiempo a las clases/al trabajo/ sencillamente porque estaba muy cansado y no me sentía con ganas de ir	
22	Mi trabajo/deberes/obligaciones/responsabili dades se resintieron porque me faltó la energía que necesitaba	
23	Organicé mis actividades diarias	
24	Me ocupé sólo de actividades que me distrajaran lo bastante como para no sentirme mal	
25	Me empecé a encontrar mal cuando otros de alrededor hablaron de sentimientos y experiencias negativas	

Anexo 10. Autorregistro de rumiación

Instrucciones: A continuación, deberá colocar en la tabla el número de veces durante el día en que se presentó rumiación, es decir las veces en que tuvo pensamientos repetitivos sobre una situación específica.

	Número de veces en el día en que se presentó rumiación
Martes	
Miércoles	
Jueves	
Viernes	
Sábado	
Domingo	
Lunes	

Anexo 11. Formulación de caso

Formulación de caso

Datos sociodemográficos

Nombre: Y.T

Edad: 32 años

Escolaridad: Bachillerato

Ocupación: Ama de casa

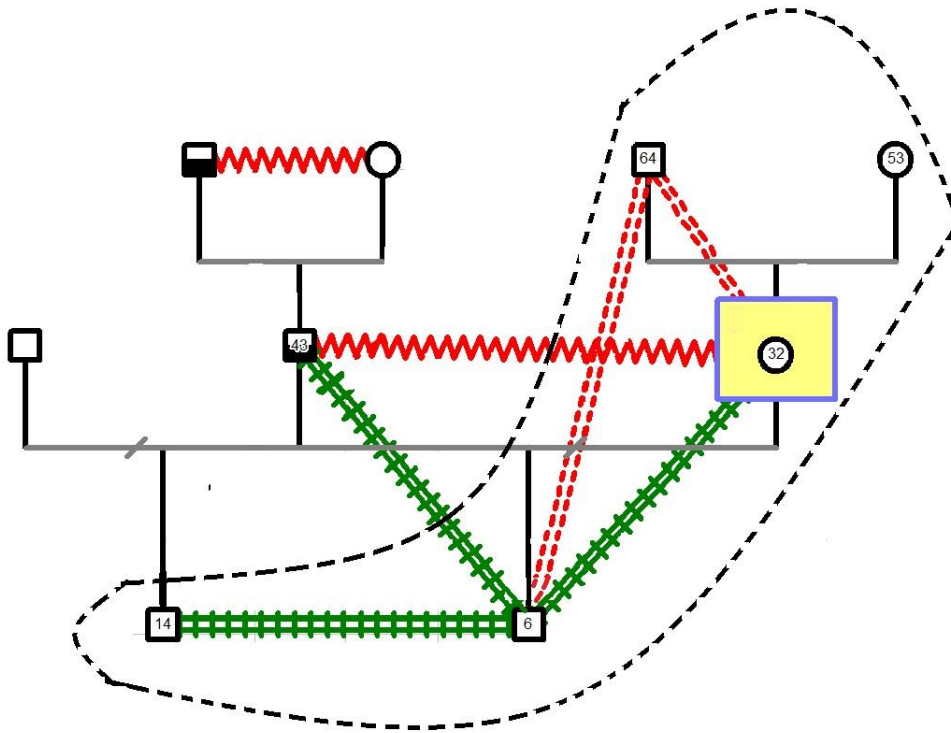
Estado civil: Separada

Estrato: 3

Lugar de nacimiento: Barrancabermeja, Santander

Residencia actual: Piedecuesta, Santander

Genograma



Y.T. convive con sus padres y sus dos hijos de 14 y 6 años. La relación con su padre es en algunas ocasiones conflictiva, contrario a sus hijos, con quienes mantiene una relación muy cercana en donde se evidencian sentimientos de afecto, comprensión y confianza. Desde hace algunos meses finalizó la relación sentimental que tenía con el padre de su hijo menor. La ruptura se dio por conductas de abuso de alcohol por parte de su expareja, quien además solía agredirla psicológicamente. Sumado a esto, discutían constantemente por las dificultades económicas que presentaban. Actualmente, suele visitarla, pero mantienen una comunicación basada en la queja y el reclamo, la cual algunas veces se torna agresiva debido a las constantes exigencias de su expareja para retomar su relación. Anteriormente había tenido otra pareja, el padre de su hijo mayor, convivieron 2 años, pero por mutuo acuerdo decidieron finalizar la relación.

Motivo de consulta

La paciente llega a consulta manifestando: “Desde hace rato pensé en venir a psicología porque la relación que tengo con el papá de mi hijo lo está afectando. Yo trato de aceptar mis errores, pero él no lo hace. Él toma bastante y me cansé de eso y de su situación económica”.

Descripción de historia de vida

Y.T proviene de una familia nuclear conformada por sus padres y ella como hija única. Nació en el municipio de Barrancabermeja y allí vivió durante sus primeros 10 años de vida. Manifiesta que su infancia transcurrió de forma tranquila; siempre acompañada por sus padres, quienes le brindaron toda la atención y cuidado posible. Después de un tiempo por motivos laborales de su padre, se trasladó al municipio de Piedecuesta, hecho por el cual se sintió triste, ya que no pudo volver a ver a sus amigos. Cursando el último grado de bachillerato, a la edad de 17 años, conoció a su primera pareja de quien quedó embarazada de su primer hijo. Manifiesta que ese momento fue demasiado difícil para ella puesto que desde siempre había deseado realizar una carrera universitaria, pero por su estado de embarazo sus padres le retiraron todo su apoyo económico. Decidió convivir con el padre de su hijo, momento durante el cual empezó a experimentar episodios de llanto acompañados de sentimientos de tristeza durante la mayor parte del día, los cuales no se siguieron presentando una vez nació su hijo. Después de 2 años, por mutuo acuerdo finalizó la relación sentimental con su pareja y nuevamente volvió a vivir con sus padres. Inicio un curso para guardia de seguridad que le facilitó conseguir empleo en una empresa. Para esa misma época a través de una amiga conoció a su segunda pareja. Pasados diez meses nuevamente quedó en estado de embarazo de su segundo hijo. En el transcurso de su convivencia se empezaron a generar discusiones debido al consumo excesivo de alcohol de

su pareja, conductas que se dieron desde el inicio de la relación. Sumado a esto, solía agredirla psicológicamente por medio de insultos, amenazas, rechazo para mantener relaciones sociales o familiares e inclusive retomar sus estudios. En varias ocasiones pensó en separarse. Pasados algunos meses le comunicó a su pareja su deseo de no querer convivir, razón por la cual dio por terminada su relación y retornó al hogar de sus padres junto con sus hijos. Progresivamente empezó a mantener un estado de ánimo irritable, a llorar varias veces al día, tener sentimientos de desesperanza y culpa. Se sentía muy cansada, dormía poco y le costaba mucho tanto tomar decisiones como concentrarse. Sentía que su futuro era deprimente y varias veces deseó estar muerta. Sumado a esto, en el último año ha presentado dificultades con su hijo menor, ya que desea convivir nuevamente en un mismo lugar con sus padres y al percibir que la paciente no accede, adopta comportamientos agresivos que han afectado su rendimiento escolar y también la relación con su familia, en especial con su abuelo.

Ciclo vital

Y.T se encuentra en la etapa de adultez. Percibe su vida como “un sin número de fracasos los cuales no le han permitido alcanzar lo que ha desea”. Siente que en varias oportunidades no ha sabido enfrentar algunas situaciones de la vida por su falta de seguridad y control emocional, especialmente en sus relaciones de pareja, las cuales a su vez no han cumplido sus expectativas relacionadas con tener una familia estable.

Embarazo

Reporta que su mamá tuvo algunas dificultades para quedar en estado de embarazo e incluso debió someterse durante varios meses a un tratamiento médico.

Infancia

Su infancia transcurrió sin ninguna dificultad. Siempre estuvo acompañada por sus padres, quienes velaron por su bienes emocional y económico. Mantuvo una relación armoniosa con sus progenitores, aunque de vez en cuando su padre solía discutir con su madre, pero resolvían sus dificultades al corto tiempo. Reporta como único hecho relevante el cambio de vivienda que se dio cuando tenía 10 años por motivos laborales de su progenitor. Refiere haberse sentido muy triste por varios días y con dificultades para dormir.

Adolescencia

En la adolescencia Y.T culminó sus estudios de bachillerato y conoció a su primera pareja de quien quedo en estado de embarazo. Sus padres retiraron todo su apoyo económico y decidieron no volverse a comunicar con ella. Debido a la situación, resolvió convivir con el padre de su hijo. Solía sentirse triste y llorar varias veces al día. Una vez nacido su hijo, no siguió presentado estos síntomas.

Adultez

Finalizó la relación sentimental que mantenía con el padre de su primer hijo. Retomó la comunicación con sus padres y se trasladó a vivir con ellos después de su separación en compañía de su hijo. Realizó un curso para guardia de seguridad y empezó a trabajar en una empresa. Conoció a su segunda pareja, entablaron una relación y nuevamente quedó en estado de embarazo. Experimentó situaciones de maltrato psicológico que desencadenaron la ruptura de su última relación de pareja. Desde hace algún tiempo, mantiene un estado de ánimo irritable, llora varias veces al día, duerme poco

y le cuesta mucho tomar decisiones. Tiene pocas esperanzas frente al futuro y en varias ocasiones ha pensado en suicidarse.

Contexto

Contexto	Descripción
Familiar	Vive con sus padres y sus dos hijos de 14 y 6 años. Mantiene buena relación con su madre y con su padre suelen tener algunos conflictos relacionados con el comportamiento de su hijo menor.
Social	Manifiesta tener pocos amigos. Argumenta que por mucho tiempo dejó de visitar a sus amigos debido a las prohibiciones que ejercía su expareja en cuanto a participar en actividades sociales. Actualmente, prefiere quedarse en casa y solo en pocas ocasiones ha visitado a una de sus amigas que vive cerca.
Ocupacional	Tiene su propio negocio de venta de alimentos, aunque admite que existen días en que no desea trabajar y opta por pasar parte del día en su cama llorando y

	pensando acerca de lo malo que le ha ocurrido en la vida.
Salud	Se siente preocupada por algunos problemas de salud asociados a molestias estomacales y también al aumento de peso que ha tenido en los últimos meses.
Recreación	Dedica algunas horas de la semana a trabajar en manualidades, aunque se le hace muy difícil debido a que preferiría estar en la cama todo el día. Ocasionalmente sale con sus hijos al parque.
Sexual	Reporta que no ha percibido ningún cambio en su interés por el sexo.
Académico	Terminó sus estudios de bachillerato y realizó un curso para guardia de seguridad. Siempre ha deseado estudiar enfermería, pero manifiesta que las dificultades presentadas no se lo han permitido.

Evaluación

- Inventario de depresión de Beck (IDB-II) (Beck, 1973)

También se utilizaron otros instrumentos como recursos terapéuticos:

- Cuestionario de Aceptación y Acción (AQQ-II) (Hayes et al, 1999)
- Cuestionario de valores (Wilson et al, 2002)
- Formulario narrativo de valores (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011)
- Formulario de objetivos, acciones y valores (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011)
- Escala de activación conductual para la depresión (BADs)
- Escala de reforzamiento del ambiente (EROS)

Análisis funcional

Conductas problema

- **Rumiación:** La paciente suele dedicar gran parte del día a pensar acerca de las dificultades que ha experimentado a lo largo de su vida, en especial las relacionadas con su última pareja sentimental.
- **Patrón de evitación conductual:** Evita hablar con las personas acerca de lo que siente. Elude comunicar a sus hijos y expareja que no desea continuar con su relación sentimental.
- **Quejas verbales:** A lo largo de su discurso se perciben frases tales como “la vida ha sido injusta conmigo, me pone problemas que no se pueden resolver”, las cuales tratan de resaltar su sufrimiento.
- **Dificultad en la toma de decisiones:** Se le dificultad encontrar una forma de actuar adecuada para resolver una dificultad, al no saber que opción escoger tiende a aplazar indefinidamente la tarea de decidir ante cualquier situación.
- **Aislamiento social:** Su red de apoyo social es muy limitada. Suele no participar en actividades sociales, lo que ha generado un distanciamiento con sus amigos. En pocas ocasiones ha visitado algunas amigas que viven cerca de ella.

- **Falta de regulación emocional:** En algunas ocasiones Y.T adopta estrategias poco efectivas ante estado afectivos negativos, lo que genera la presencia de emociones más intensas y descontroladas.

Formulación

Y.T ha adoptado un patrón de conducta en donde se observa un déficit en la resolución de conflictos, toma de decisiones y pocas habilidades en la regulación emocional. Todo esto ha instaurado una percepción negativa de sí misma, en especial en lo relacionado con su capacidad para trazar y alcanzar metas personales. Del mismo modo, presenta quejas verbales, las cuales intentan resaltar su sufrimiento personal a través de frases como “la vida me presenta situaciones que ya no tienen solución”. Sumado a esto, ha adoptado un patrón de evitación experiencial el cual se genera con el objetivo de no entrar en contacto con sus experiencias privadas y al mismo tiempo realiza intentos para alterar la forma de los sucesos o contextos que los ocasionan (Hayes et al., 1996). Lo anterior, está acompañado por síntomas fisiológicos tales como insomnio, variaciones en el apetito y peso corporal, también síntomas emocionales como llanto y sentimientos de vacío. Estos comportamientos han originado un grado de frustración asociado a la desesperanza, que se ha distinguido por la duda acerca del sentido de la vida, evocando a su vez un estado de desinterés y la sensación de pérdida de control sobre la vida propia (González & Hernández, 2012). Lo presentado por la paciente se mantiene por el reforzamiento negativo por evitación y escape ante situaciones percibidas como aversivas (Ruiz, Diaz & Villalobos, 2012) tales como eludir el malestar suscitado por la relación con su hijo y su expareja. Igualmente, genero un patrón de aislamiento social que se ha producido por las

conductas de evitación, que le impide entrar en contacto con las contingencias proveedoras de refuerzo social (Martell, Addis & Jacobson, 2001).

Unidades de análisis

Antecedentes

Predisponentes: De acuerdo con González y Juárez (2016) es el conjunto de aspectos, tales como la historia personal, características de la personalidad, eventos vividos, etc. que aumentan la vulnerabilidad del paciente para presentar determinado problema por el cual acude a consulta. En el caso de Y.T el cambio de residencia cuando tenía diez años represento un evento de estrés que desencadenó como respuesta sentimientos de tristeza acompañado de dificultades para dormir durante algunos días. Otro hecho relevante fue el rompimiento de la relación con sus padres que genero su alejamiento cuando tenía 17 años. Del mismo modo, en esa época no pudo realizar una carrera universitaria por su situación económica y también se dio su primer embarazo, el cual no fue planeado. Estas dos últimas situaciones posiblemente produjeron un episodio depresivo no diagnosticado.

Precipitantes: Hace referencia a la identificación de la situación o evento a partir del cual se inició o aumento la dificultad del paciente (González & Juárez, 2016). En el presente caso, los episodios de violencia psicológica ejercidos por su ultimo compañero sentimental, la finalización de la relación y la presión ejercida por la familia para retomar su relación de pareja desencadenaron su dificultad.

Estimulo discriminativo: Según Arancibia, Herrera y Strasser (1997) este concepto hace referencia a la identificación de conductas que conllevaran consecuencias positivas o negativas, o bien, determinados factores que señalan cuando debe producirse una conducta

o cuando no. Continuando con el caso de Y.T, dentro de los estímulos discriminativos se encuentran la relación con el hijo menor que tiene en la actualidad, la relación con su expareja, los pensamientos entorno a las dificultades presentadas, las constantes “quejas” acerca de sufrimiento, al igual que su estado de ánimo bajo.

Consecuentes

Reforzadores negativos: Entendidos como la producción de una respuesta que elimina, cancela o pospone determinado estímulo, como consecuencia, la frecuencia con que esa respuesta ocurre aumenta (Cabrera & Dos Santos, 2011). En este caso se puede observar conductas de evitación del malestar cuando Y.T tiene discusiones con su hijo menor o con su expareja. Del mismo modo, permanecer gran parte del día en su cama para no hablar con su familia y amigos de lo que siente ayuda a evitar sentirse mal.

Hipótesis de origen

Durante el último año la paciente ha experimentado algunas situaciones relacionadas con su área afectiva y familiar que han generado cierto grado de estrés: mantener una relación de pareja en donde se producían episodios de violencia intrafamiliar de tipo psicológica, la finalización de esta relación, las conductas de su hijo menor como resultado de la separación de su padre y a su vez la demanda del mismo para retomar la convivencia con sus dos progenitores, han originado en la paciente una tendencia a suprimir o eliminar este malestar que le resulta angustioso (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011).

Sumado a esto, se observan algunos antecedentes vinculados a un cuadro depresivo relacionados con su primer embarazo a los 17 años, el cual no fue planeado. Para esa misma época hubo un alejamiento con sus padres y también una crisis económica que no le

permitió iniciar sus estudios universitarios. Igualmente existe un evento ocurrido durante su infancia unido al cambio de residencia cuando tenía 10 años por motivos laborales de su padre, hecho que generó el distanciamiento con sus amigos y suscitó sentimientos de tristeza y dificultades para dormir por algunos días. Por otro lado, existen antecedentes personales relacionados con pocas habilidades para la resolución de conflictos (Nezu, 1987) junto con dificultades para ejercer una adecuada regulación emocional (Slee, Garnefski, Spinhoven, & Arensman, 2008), lo que genera en la paciente una sensación de pérdida de control e indecisión que han reforzado la aparición de sintomatología depresiva.

Teniendo en cuenta lo anterior, ante la relación establecida con su hijo menor y también con su expareja, la paciente ha adoptado un patrón de conducta que responde a un cuadro depresivo, en el que se incluye un conjunto de conductas problema tales como estado de ánimo bajo, llanto, irritabilidad, pérdida del interés y energía, sensación de cansancio, quejas verbales, insomnio y pensamientos negativos.

Hipótesis de mantenimiento

El patrón depresivo es mantenido por las conductas de evitación y escape de la paciente, las cuales actúan como reforzadores negativos. De esta forma, Y.T se abstiene de involucrarse en eventos que para ella le resulten aversivos, tales como: Resolver dificultades familiares, en especial las relacionadas con su hijo menor. Tomar decisiones respecto a su vida afectiva, aplazando indefinidamente la elección de una forma de actuar, para así evitar la aparición de auto verbalizaciones negativas acerca de sus habilidades en la solución de conflictos. Del mismo modo, eludir la participación en actividades sociales para evitar hablar con las demás personas acerca de lo que siente. Sobre este último, Barajas (2015) menciona que se puede pensar que una persona con un trastorno depresivo mayor

evita el contacto con los demás por varias razones, una de ellas es para no ver que los demás manifiestan un estado de ánimo “mucho mejor” que el propio o para evitar recibir comentarios negativos sobre la actitud o aspecto. De acuerdo con Castillo (2013) se ponen en marcha estrategias de evitación, cuya efectividad es mantenida por la creencia de que eludir o escapar es lo adecuado, junto con que se genera un alivio inmediato asociado a la reducción de la función aversiva de la experiencia identificada como negativa.

La percepción relacionada con la carencia de no tener control sobre la propia vida y las dificultades que en ella se generan han establecido el desarrollo de pensamientos repetitivos negativos. Estas conductas de rumiación negativista se caracterizan por una marcada tendencia a realizarse reproches sobre sí mismo y las situaciones al comparar los hechos actuales con algún estándar no alcanzado (Thanoi & Klainin-Yobas, 2015). Según Dickson, Ciesla y Reilly (2012) las personas continúan rumiando a pesar de las consecuencias negativas que esto contraiga, y optan por no buscar una solución a los eventos que dan lugar a este proceso, al contrario, se centran y quedan adheridas a las dificultades y los sentimientos generados, interfiriendo de este modo con la adecuada resolución de conflictos, lo que por ende también afecta el uso de estrategias eficaces para el mejoramiento del estado de ánimo negativo. Teniendo esto en cuenta Y.T mantiene una orientación negativa frente a cada problemática presentada (Hasegawa, Hattori, Nishimura & Tanno, 2015), la cual percibe cualquier dificultad como una amenaza para su bienestar, lo que desencadena dudas sobre sus habilidades para solventar un inconveniente, lo que a su vez promueve la anticipación a un resultado negativo

Impresión diagnóstica

La paciente presenta un estado de ánimo triste, vacío e irritable acompañado de cambios somáticos y cognitivos que han afectado su capacidad funcional. Lo anterior, cumple con los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de depresión mayor con episodio moderado actual 296.22 (F32.1).

Criterios diagnósticos

Para establecer el diagnostico de este trastorno, el DSM 5 indica que:

- A. Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo periodo de dos y representan un cambio al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. **Nota:** No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.”

Síntomas	Valoración
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días. (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas	Cumple
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos Los días	Cumple

- | | |
|---|--|
| <p>3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.</p> | <p>Cumple: La paciente presenta aumento de peso.</p> |
| <p>4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> | <p>Cumple</p> |
| <p>5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).</p> | <p>No cumple</p> |
| <p>6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> | <p>Cumple</p> |
| <p>7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no</p> | <p>Cumple</p> |

simplemente el autor reproché o culpa por estar enfermo

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

Cumple

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Cumple parcialmente: La paciente presenta ideas de muerte

-
- A. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas de funcionamiento.
 - B. El episodio no se atribuye a efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
 - C. El episodio depresivo no se explica mejor por otro trastorno.

D. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Diagnóstico diferencial

La paciente no cumple con los criterios diagnósticos en los siguientes trastornos:

Episodios maniacos con ánimo irritable o episodios mixtos: La paciente no ha sufrido episodios de manía o hipomaniacos en el pasado.

Trastorno del humor debido a otra afección médica: La sintomatología presentada por la paciente no es consecuencia directa de una afección médica específica.

Trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos: No se evidencia la existencia de una sustancia que parece estar etiológicamente relacionada con la alteración del ánimo.

Tristeza: Los síntomas cumplen los criterios de gravedad y duración correspondiente al episodio depresivo mayor, sumado a esto, se evidencia un deterioro clínicamente significativo.

Plan de intervención

Objetivos terapéuticos

Lograr que la consultante abandone los intentos que ha hecho para controlar sus eventos privados como pensamientos, sentimientos y emociones, ya que estos potencian su sufrimiento.

Promover procesos psicológicos que lleven a la flexibilidad psicológica a través de ejercicios experienciales y metáforas.

Determinar junto con la paciente sus valores y el compromiso con ellos.

De acuerdo con la formulación de caso, la paciente presenta un trastorno depresivo junto con un patrón de evitación experiencial, a través del cual lleva a cabo estrategias que eluden el contacto con sus eventos privados. Con base a lo anterior, se optó por el modelo terapéutico que provee la Terapia de Aceptación y Compromiso. A partir de este modelo, y su enfoque en los valores de los pacientes, se trabajará sobre la modificación relacionada con la forma en que Y.T aborda los problemas para evitar respuestas que afecten su estado de ánimo, identificando comportamientos eficaces para el afrontamiento de determinados eventos. Del mismo modo, se trabajará en la identificación de recursos tanto individuales como externos para así promover el proceso de toma de decisiones, con lo cual se disminuirá la tendencia a aplazar la elección de una opción para la solución de un problema y la sensación de pérdida de control ante algunas situaciones. Adquirir estas habilidades ayudará a la paciente a solucionar una situación problema a futuro de una forma adaptativa, para así prevenir la aparición de un cuadro depresivo ante un evento identificado como generador de estrés.

A continuación, se expone el proceso terapéutico seguido:

La intervención se llevó a cabo en 13 sesiones, las cuales fueron presenciales con una duración de aproximadamente una hora y 2 sesiones vía telefónica correspondiente al seguimiento.

Generar la desesperanza creativa

Inicialmente se trabajó en la generación de una experiencia de desesperanza creativa para así debilitar las conductas de evitación y reconocer el costo de las mismas. El objetivo

terapéutico era que YT percibiera que todo lo que había hecho y estaba haciendo hasta el momento representaba una lucha que se había convertido en el rasgo central de su vida, reemplazando incluso metas vitales. Del mismo modo, de esa lucha no se había generado ningún resultado, puesto que, aunque había tenido un efecto inmediato de reducción de la experiencia negativa, a largo plazo se volvía a presentar con mayor fuerza. Se utilizó la metáfora “la persona en el hoyo” (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014) a través de la cual la paciente experimentó un sentimiento de desesperanza, ya que la estrategia de *seguir cavando* había resultado equivocada. Asimismo, se trabajó la metáfora “el granjero y el asno” (Wilson & Luciano, 2002) por medio de la cual se le planteó a la paciente cómo se sentiría llevar el peso de sus problemas sobre sus espaldas, ante lo cual respondió que apartar el peso de esas dificultades ayudaría a seguir con su vida.

El control como problema, no como solución

El objetivo de esta intervención estuvo dirigido a guiar a la paciente en el proceso de darse cuenta de que sus esfuerzos por mantener el control de sus eventos privados tenían como fin evitar o modificar el malestar que generaban. No obstante, desempeñar esta tarea de control resultaba inútil, ya que al final podría convertirse en el problema mismo. Para lo anterior, se utilizó las metáforas de “alimentar al tigre” y “el polígrafo” (Wilson & Luciano, 2011) por medio de las cuales se mostró a la paciente que intentar evitar o controlar los problemas, recuerdos o sentimientos puede desencadenar un mayor sufrimiento. Por otra parte, se llevó a cabo el ejercicio del Reflejo Rotuliano, en el que se dio un pequeño golpe en la rodilla de la paciente y se le pidió que controlara la respuesta, así como lo hacía con sus pensamientos y sentimientos. Las técnicas utilizadas compartían una misma meta;

indicar a la paciente que el control es el problema, el cual a su vez conduce a otros resultados que tampoco generan alternativas de solución, y estos son la evitación o escape.

Conexión con valores

El objetivo de esta intervención estuvo enfocado en trabajar en la identificación de una dirección vital valorada, acompañada de unas metas y acciones. Al inicio se realizó el ejercicio del epitafio y el funeral, los cuales ayudaron a comprender a la paciente la importancia de vivir una vida basada en valores, elegidos de manera libre. A continuación, y tratando de plantear acciones concretas en diferentes áreas, se realizó un ejercicio de clarificación de valores. En él la paciente debía establecer líneas de actuación para llevar a cabo en diversos ámbitos. En la primera área relacionada con el ámbito *familiar*, Y.T señaló que era importante estar más cerca de su familia, especialmente de sus tíos; “visitarlos de vez en cuando, al menos a los que viven acá en la ciudad”. Seguido, estaba el área de *relaciones íntimas*, a través de la cual la paciente deseaba construir un vínculo afectivo estable basado en el respeto y el dialogo. Para continuar, en el área *social* refirió que se sentía alejada de sus amigos desde hace algún tiempo por lo que deseaba reencontrarse con ellos; “volver a ver a mis amigos, salir con ellos y poderlos apoyar”. También se obtuvo información del ámbito de *formación y educación* en donde mencionó su deseo de estudiar una carrera universitaria, por lo cual propuso iniciar un plan de ahorro para ello, e indagar diferentes centros educativos relacionados con la profesión de su interés. En el área de *esparcimiento o diversión* refiere que ha abandonado algunas actividades que solía hacer en su tiempo libre; “deje de hacer actividad física, cosa que me gustaba mucho y me hacía sentir mejor”. Finalmente, en la parte de *cuidado físico* la paciente afirmó que ha post-puesto visitar al médico por problemas de salud presentados,

por lo cual estableció asistir al médico. Durante la realización de este ejercicio fue útil la metáfora de “el jardín” (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014), a partir de la cual la paciente percibió la necesidad de desempeñar un trabajo continuo para alcanzar lo que deseaba en su vida.

Compromiso y acción

Una vez realizado el ejercicio de clarificación de valores, la paciente elaboró los objetivos y acciones concretas que condujeran a esas direcciones, teniendo en cuenta también las barreras que pudieran surgir y que era preciso afrontar. Se planteó dedicar parte de las sesiones siguientes para analizar y enunciar aquello que la paciente estaba haciendo para seguir la dirección elegida. Durante esta intervención se presentó a Y.T la metáfora de la “Burbuja en la carretera” (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014) que ayudó a exponer la relación entre la disposición y la habilidad de tomar una dirección de valores.

Desliteralizar el lenguaje

Esta intervención consistió en aprender cuando seguir lo que la mente dice y cuando ser solo consciente de ella mientras se está atendiendo el aquí y ahora. De esta manera, se disminuiría el control de las palabras sobre la conducta, y así la paciente podía ir en dirección a lo que quería seguir. Así pues, se utilizaron técnicas para que Y.T pudiera ver sus pensamientos y sentimientos tal y como son. Inicialmente se realizó el ejercicio de repetir una palabra y luego se hizo lo mismo con un pensamiento negativo que frecuentemente tenía la paciente: “No soy capaz de resolver mis problemas”. Con lo anterior, se cambió el contexto en que las palabras aparecían, de tal manera que se distinguieran los pensamientos de sus funciones. Otra forma de defusionar el lenguaje fue

objetivarlo, haciendo que los pensamientos se convirtieran en personas o cosas, para ello se utilizó la metáfora “Los pasajeros del autobús” (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014). Esta última fue útil en varias sesiones, ya reorientó a la paciente cuando incurría en una conducta de evitación emocional.

Aceptación

La paciente mostraba una tendencia a escapar, evitar o eliminar cualquier vivencia identificada como negativa con el objetivo de lograr “sentirse mejor”. Por esta razón se trabajó el proceso de aceptación a través del cual la paciente pudiera entrar en contacto con las vivencias, situaciones o acontecimientos que tuvieran alguna posibilidad de desencadenarlas, de tal forma que lograra comprender y observar sus eventos privados, para así empezar a percibirlos como parte de la conducta. En pocas palabras, tal y como lo formula Hayes, Strosahl y Wilson (2014) aprender a abrazar las experiencias como son y en el momento, porque se elige hacerlo. Para lo anterior, se llevó a cabo un ejercicio de aceptación basado en la exposición, denominado *Fiscalización*, cuyo fin fue transformar las vivencias subjetivas en objetos físicos con propiedades perceptuales. Se le solicitó a la paciente que imaginara aquel malestar suscitado de sus dificultades familiares y afectivas como si fueran un objeto. Después de ello, enunció algunas características de él tales como el tamaño grande que tenía, el color negro que lo identificaba y lo mucho que pesaba, acompañado de una textura rugosa que a su vez no le permitía tener mucha flexibilidad. En un segundo momento habló de otro objeto que suscitó en ella miedo, confusión y rabia. A medida que evocaba cada característica, se le pidió que apartara un poco el objeto inicial. Durante la recta final del ejercicio se volvió a examinar el primer objeto en donde el proceso de fiscalización fue más ligero y menos amenazador, logrando desliteralizar las

reacciones en cada objeto y a su vez disminuir su intensidad. También se implementó la metáfora “Paco el vagabundo” (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014) con el objetivo de hacer ver a la paciente que no se tiene la posibilidad de elegir que contenidos, el momento ni la forma que van aparecer en la mente.

Dimensiones del YO

Otro objetivo al que se orientó el tratamiento fue a qué Y.T pudiera mejorar su capacidad para percibir el flujo continuo de su experiencia, al igual que la disponibilidad y flexibilidad de la toma de perspectiva. Esto teniendo en cuenta, los sentimientos de pérdida vital y vacío presentes en la paciente que reflejaban una vinculación con el yo conceptual. Para ello, la paciente debió examinar algunas de sus experiencias personales relevantes, para así encontrar algunas situaciones bajo las cuales asumir una idea, ya fuera positiva o negativa, le había resultado perjudicial. En consecuencia, una de las ideas que no había tenido un buen resultado fue: “para ser feliz debo tener a mi lado a un hombre” a partir de lo cual expuso que por mucho tiempo el pensar esto había tenido un efecto contrario, ya que especialmente en su última relación de pareja, había experimentado fuertes sentimientos de infelicidad y tristeza. La metáfora de “el tablero de ajedrez” (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014) fue de gran importancia en esta parte de la intervención. Con ella, la paciente logró destacar las diferencias entre el contexto y el contenido de la consciencia.

Lo anterior, permite observar el proceso del modelo ACT que se puede concebir como dinámico y pertinente gracias a las técnicas terapéuticas que posee, lo que conduce al logro de los objetivos terapéuticos. De igual forma, esta terapia permite la utilización de sus técnicas no solo en un momento de la intervención, sino las veces en que tanto el terapeuta como el paciente lo crean necesario.

Ahora bien, es importante señalar que el proceso de evaluación se realizó al inicio, en el intermedio de las sesiones y al finalizar la intervención psicoterapéutica, para así realizar un seguimiento a los síntomas y los cambios conductuales que se pretendían lograr. Para la evaluación inicial se aplicó el Inventario de Depresión de Beck- II, el cual se aplicó nuevamente en la sesión 9 y 13. Igualmente, se utilizaron como recursos terapéuticos algunos instrumentos de la ACT como: Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II), La Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADSD), Cuestionario de Valores y la Escala de Reforzamiento del Ambiente (EROS), los cuales fueron aplicados en la sesión 9 y 13. Otras medidas que se tomaron fueron los registros conductuales de pensamientos repetitivos o rumiación.

Referencias

- Arancibia, V., Herrera, P. & Strasser, K. (1997). *Teorías psicológicas aplicadas a la educación. Teorías conductuales del aprendizaje*. Recuperado de <http://galeon.com/nada/parte2.pdf>
- Cabrera, R., & Dos Santos, C. (2011). Un análisis del proceso de aprendizaje social en animales no humanos: situaciones apetitivas versus aversivas. *Universitas Psychologica*, 11(3), 989-1000
- Gonzalez, M., & Juarez, L. (2016). Análisis funcional en terapia breve cognitivo-conductual centrada en soluciones. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(3), 1027-1047.