

Terapia de aceptación y compromiso aplicada a un estudio de caso

Terapia de aceptación y compromiso aplicada a un estudio de caso de bipolaridad: avances y resultados.

Natalia Guerrero Solano
Candidata a obtener el título de especialista en Psicología Clínica

Especialización en Psicología Clínica
Facultad de Psicología
Universidad Pontificia Bolivariana
Bucaramanga
2013

Agradecimientos

A Xiomara quien a pesar de las dificultades se ha mantenido frente a ella misma en el camino. A mi asesora de práctica quien me guió en el avance hacia el aprendizaje y la comprensión de la psicológica clínica.

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Terapia de aceptación y compromiso aplicada a un estudio de caso de bipolaridad: avance y resultados.

AUTOR: Natalia Guerrero Solano

FACULTAD: Especialización en Psicología Clínica

DIRECTORA: Luzmar Quintero Delgado

RESUMEN

Se presenta un estudio de caso de una paciente de 36 años diagnosticada con trastorno afectivo bipolar hace aproximadamente 5 años. Se muestra el proceso de intervención psicológica realizado desde las terapias contextuales, específicamente con base en la terapia de aceptación y compromiso (ACT). En el presente documento se exhiben las hipótesis realizadas hasta el momento, las técnicas utilizadas y los resultados obtenidos a lo largo de 4 meses. El trabajo presentado también abarca conceptos de la psicoterapia analítica-funcional (FAP) y de la teoría de marcos relacionales (RFT) útiles para el análisis del caso. También fueron implementadas estrategias de evaluación de tipo autoinforme como el Cuestionario de Aceptación y Acción y medidas de control de los eventos privados, junto con la observación de conductas clínicamente relevantes en sesión (conducta verbal).

PALABRAS CLAVE:

Trastorno Afectivo Bipolar, Terapias Contextuales, Terapia de Aceptación y Compromiso, Psicoterapia Analítica Funcional

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Acceptance and commitment therapy applied to a case study of bipolarity: progress and results

AUTOR: Natalia Guerrero Solano

FACULTY: Specialization in clinical psychology

DIRECTOR: Luzmar Quintero Delgado

ABSTRACT

This is case study of a 36-year-old patient diagnosed with bipolar disorder about 5 years ago. It shows the process of psychological intervention conducted from contextual therapies, specifically based on acceptance and commitment therapy (ACT). This paper exhibits the assumptions made so far, the techniques used and the results obtained over 4 months. The work presented also concepts of functional analytic psychotherapy (FAP) and relational frame theory (RFT) useful for the analysis of the case. Strategies were also implemented self-report assessment as the Acceptance and Action Questionnaire, and control measures of private events, together with the observation of clinically relevant behaviors in session (verbal behavior).

KEYWORDS:

Bipolar affective disorder, contextual therapy, acceptance and commitment therapy, and functional analytic psychotherapy.

Introducción

El proceso de práctica propuesto por la Universidad es una herramienta educativa cuyo carácter metodológico busca el entrenamiento en elementos teórico-prácticos de la intervención clínica. El proceso se caracterizó por el aprendizaje del significado de *Terapia psicológica* y la responsabilidad al atender personas que buscan una evaluación e intervención de *alta calidad*.

El proceso de práctica fue realizado en el Instituto del Sistema Nervioso del Oriente (ISNOR), con el cual se realizó un convenio para la realización de intervenciones psicológicas como práctica de posgrado. Al iniciar el proceso se atendieron 12 consultantes: con diagnósticos como esquizofrenia, ataque de pánico, trastorno depresivo, de angustia, afectivo bipolar, dependiente de la personalidad, límite de la personalidad y obsesivo compulsivo de la personalidad como lo muestra la Tabla 1. Posteriormente, por motivos de finalización del proceso de hospitalización, la mayor parte de los consultantes tuvo que regresar a su ciudad de origen o procedencia, lo cual implicó la reprogramación de citas con aquellos que residieran en Bucaramanga y su zona metropolitana. Así, se comenzó el trabajo a profundidad con dos consultantes residentes en la ciudad, de edad media de 32 y 36 años, diagnosticadas con Trastorno Afectivo Bipolar, casos que se encuentran resaltados en cursiva en la Tabla 1. junto con los datos de otros consultantes atendidos. Con ambas consultantes fue utilizado el formato de Consentimiento Informado institucional (Anexo 1.), el formato de Historias Clínicas (Anexo 2.) y Cuestionarios de evaluación presentados en el Anexo 3. tomados de Harris (2009).

En el actual documento el caso escogido para la profundización, gracias a la colaboración y el consentimiento informado de la consultante.

Tabla 1. Datos y diagnósticos de pacientes atendidos

Edad	Sexo	Nivel educativo	Estrato	Diagnóstico
51	F	Universitaria	3	Ataque de pánico, T. depresivo

69	F	Post grado	6	Trastorno de angustia. T. depresivo
46	M	Técnica Inc.	4	TOC de la personalidad
23	F	Universitaria Inc.	6	T. depresivo. Rasgos limite
29	M	Bachillerato	4	Esquizofrénico
32	F	Técnica	3	TAB II
36	F	Universitaria	7	TAB I. Rasgos T. dependiente

Fuente: Elaboración propia

Referente conceptual

Trastorno psicológico

La diversidad de posturas encontradas al abordar el concepto de trastorno psicológico lleva a reflexiones en torno a su origen, utilidad e impacto en la sociedad en general. De esta forma, las causas de los trastornos son las que en la actualidad comienzan a generar una fisura epistemológica en la psiquiatría y la psicología clínica, a la hora de responder a preguntas como: ¿Qué caracteriza un trastorno psicológico?, ¿Quiénes los construyen?, ¿Cómo lo hacen? y ¿Para qué sirven? (Pérez-Álvarez, 2003). Estas preguntas quedan abiertas para dilucidar su función y pertenencia en el ejercicio clínico profesional.

Según el DSM V (2013), trastorno mental es un síndrome psicológico que afecta al individuo en su cognición, regulación emocional o comportamental, cuyas implicaciones clínicas se encuentran asociadas a una discapacidad social, ocupacional o en otras actividades importantes.

Ahora, si bien los manuales diagnósticos proveen los parámetros, etiquetas, criterios y síntomas para determinar aquello que el consultante presenta, ellos no deben ser la única guía a la hora de diagnosticar e intervenir sobre una problemática. Etiquetas diagnósticas como ‘trastorno afectivo bipolar’ describen una serie de síntomas asociados con episodios maníacos y depresivos, pero no

proveen un panorama claro sobre los problemas del paciente y su funcionamiento. De ahí que se necesite un análisis del comportamiento y del contexto que lo impacta, como un objetivo primordial de la labor psicológica.

Particularmente, los trastornos bipolares han recibido una clasificación que favorece la diferenciación entre un tipo de trastorno y otro, pues en ocasiones esta determina la gravedad en términos de dificultades en el funcionamiento laboral y social (DSM V, 2013). Dicha clasificación abarca: “el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, la ciclotimia, trastorno bipolar inducido por sustancias, trastorno bipolar relacionado con otra enfermedad médica y el trastorno bipolar no especificado” (DSM V, 2013, p. 123).

En especial, el trastorno afectivo bipolar I se caracteriza por la experimentación de un síndrome completo de episodios maníacos y episodios depresivos mayores a lo largo de la vida, que, en caso de presentar un episodio reciente maníaco, hipomaniaco o depresivo se cataloga como un trastorno afectivo bipolar I episodio mixto presente. Por su parte el trastorno afectivo bipolar tipo II requiere “haber experimentado al menos un episodio de depresión mayor y al menos un episodio hipomaniaco” (DSM V, 2013, p. 123). De ser necesario se sugiere la consulta del Manual diagnóstico para profundización en las clasificaciones del trastorno afectivo bipolar.

A continuación se expone el enfoque bajo el cual fue abordado el caso de la consultante Xiomara y los conceptos teóricos y posturas epistemológicas que explican y sustentan la intervención.

Terapias contextuales

En primer lugar, es necesario mencionar que “la tradición de la terapia de conducta se ha enmarcado por el compromiso a la evaluación empírica” (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma, y Guerrero, 2004, p. 3), la cual permite no sólo predecir y controlar fenómenos (Wilson y Luciano,

2011), sino que también facilita la comprensión del origen y el mantenedor del problema. Por ello, la “búsqueda científica del conductismo radical no es trabajar sobre los síntomas, sino abordar a profundidad la raíz de la conducta humana” (Kohlenberg y Tsai, 2007, p. 18).

Uno de los conceptos básicos del conductismo expone que “la acción humana se explica en términos de la conducta propiamente dicha, y no como entidad mental o psíquica (Kohlenberg y Tsai, 2007, p. 18). En otras palabras, el planteamiento de Skinner (1974) difiere de las explicaciones dualistas que separan lo mental y lo físico, y propone que existen eventos observables tanto públicos como privados que son abordados como conductas operantes con sus respectivas variables de control, estímulos discriminativos y reforzadores. No obstante, cabe aclarar que eventos privados como los pensamientos, son naturaleza observable aunque sólo para la persona misma quien es la única que puede informar sobre ellos (Skinner, 1981).

Otro aspecto importante para el análisis que “toda conducta verbal –pública o privada- tiene su origen en el ambiente inmediato, la historia personal, el lenguaje y las experiencias previas” (Kohlenberg y Tsai, 2007 p. 19). De ahí que el análisis científico básico tenga su punto de partida en los estímulos ambientales que preceden al comportamiento, la respuesta misma y el posterior reforzador (Skinner, 1981, p. 61),

En este orden de ideas, las contingencias terminan por fortalecer o debilitar ciertas respuestas, aumentando o disminuyendo la probabilidad futura de ocurrencia y mantenimiento de la conducta (Skinner, 1981). En palabras de Skinner (1981) “la conducta que precede a los reforzadores muestra una probabilidad creciente de que se produzca de nuevo” (p. 113).

Por otra parte, cabe destacar que en el condicionamiento operante, no se introducen estímulos con el fin de provocar una conducta, sino que por el contrario, esta surge por sí misma, ‘en

libertad', es decir, más que provocada "la conducta operante es emitida" (Skinner, 1981, p. 137) y sólo es reforzada después de la emisión.

En ejemplos aplicados a la conducta humana, explicados por Wilson y Luciano (2011) eventos privados como "el sentir y el pensar contiguos a las actuaciones, tampoco son las causas del hacer, sino que son sólo comportamientos relacionados arbitrariamente en la historia individual [...] cuya comprensión es precisamente lo que permite controlar e influir sobre el comportamiento" (p. 47).

Un segundo concepto central es la 'conducta verbal' como variable dependiente en el análisis funcional. ¿Cómo puede definirse 'conducta verbal'? En palabras de Skinner (1981) es aquella "conducta que es reforzada a través de la mediación de otras personas" (p. 12). Así, la conducta verbal se da cuando 1) Hay mínimo dos personas: el hablante que transmite un mensaje y la persona que es mediadora entre lo que el hablante expresa y el reforzador de su conducta, 2) cualquier ser humano puede identificar lo que ha sucedido, 3) las conductas son susceptibles de ser reforzadas como cualquier conducta operante, acorde con el modelo de contingencias de tres factores (Skinner, 1981).

Ahora, ¿cómo podríamos explicar el condicionamiento de la conducta verbal? Acorde con Skinner (1981) "aprendemos nombrar objetos adquiriendo un repertorio de respuestas, cada una apropiada para una ocasión dada. Una silla es la ocasión en la que la respuesta 'silla' es probable que se reforzada" (p. 139). De igual forma, "una sonrisa es la ocasión en la cual el acercamiento social encontrará aprobación" (p. 138).

De unidades básicas de análisis como estas, se parte hacia un análisis más complejo realizado con base en la descripción la relación entre la conducta y las variables de control, denominada descripción de la relación funcional, las cuales reunidas forman el *Análisis funcional de la*

conducta (Kohlenberg y Tsai, 2007). A continuación se expondrán algunos conceptos de la psicoterapia analítica funcional que serán utilizados para el análisis del caso.

Psicoterapia Analítica funcional

Según Kohlenberg y Tsai, (2007) la psicoterapia analítica funcional (FAP) basada en el conductismo radical “usa el moldeamiento y fortalecimiento de repertorios de conducta más adaptativos por medio de la especificación de conductas clínicamente relevantes, su reforzamiento y generalización” (p. 21). Repertorios adaptativos encaminados hacia la flexibilización del patrón de conducta evitativa (Ruiz, 2006) cuyo “cambio se propone a través del contacto con contingencias de reforzamiento naturales” (Kohleberg, Tsai, García, Valero, Fernández, Virués-Ortega, 2005, p. 352).

Ahora, un aspecto central a observar, identificar y modificar son las conductas clínicamente relevantes (CCR), definidas como aquellos problemas del cliente presenta en sesión, que pertenecen a su vida diaria (p. 23) [...] y que abarcan tanto las conductas problema como las conductas objetivo” (Kohlenberg y Tsai, 2007, p. 35). Cabe resaltar que “el hilo conductor de la terapia diferencia dos materias fundamentales, la conducta del cliente y la conducta del terapeuta, las primeras formuladas a partir de la observación directa” (López, Ferro, Valero, 2010, p. 93). La observación de conductas clínicamente relevantes (CCR) abarca los problemas del cliente que ocurren en sesión (CCR 1), las mejorías del cliente que ocurren en sesión (CCR2) y las interpretaciones del cliente acerca de su conducta (CCR3) (Kohlenberg y Tsai, 2007).

El segundo aspecto importante de la FAP, es que toma como base las premisas del conductismo, las enfoca en la “búsqueda de una experiencia terapéutica intensa, emotiva profunda” (Kohlenberg y Tsai, 2007 p. 15). De igual forma, destaca la necesidad de implementar el reforzamiento natural de las conductas en comparación con el reforzamiento arbitrario, puesto que el primero es el que

proporciona una amplia gama de respuestas al estar relacionado con las contingencias que ocurren en la vida. Por su parte, el reforzamiento arbitrario conlleva los peligros de condicionar una sola respuesta en presencia de un único estímulo presentado de forma artificial o intencional (Kohlenberg y Tsai, 2007).

Adicionalmente, FAP propone un sistema de clasificación de respuestas que busca “promover la expresión directa de deseos, peticiones y sugerencias y usar las descripciones que hace el consultante de acontecimientos sobre su vida como metáforas de hechos que ocurren en la sesión (Kohlenberg y Tsai, 2007).

Terapia de aceptación y compromiso

Siguiendo la “perspectiva funcional-contextual, el ajuste contextual de las relaciones entre pensar, sentir y hacer es un producto seleccionado por las contingencias” (Wilson y Luciano, 2011 p. 48). Sin embargo, se conoce el aprendizaje de comportamientos no necesariamente involucrado con experiencias con objetos o eventos reales, sino el aprendizaje de comportamientos en los que media la comunidad verbal. Si bien es cierto que se puede vivir únicamente en el presente, es posible referirse al “pasado y futuro como eventos verbales o simbólicos” (Wilson y Luciano, 2011 p. 45) y sufrir por ellos, aún así sea claro que no existen. Hablando particularmente del lenguaje, a nivel evolutivo este ha tenido una clara “ventaja adaptativa para la especie [...] pues servía para proporcionar un sistema de alarma rápido ultrasensible” (p. 43). En aquel momento mantenerse hipervigilante ante una alerta manifestada por medio del lenguaje fue crucial para la supervivencia (Wilson y Luciano, 2011).

No obstante, Wilson y Luciano (2011) exponen que acorde con la historia social del individuo “el sistema verbal dado por la comunidad verbal ha creado formas de responder a eventos” (p. 44), que no necesariamente se relacionan con un peligro real y actual, pues son “funciones verbales

que pudieron tener lugar en otras etapas de la vida” (p. 51). Así, se hace necesario “explicar la sucesión de eventos verbales presentes e históricos considerando las condiciones que generaron determinados pensamientos y los impregnaron de una función aversiva (Wilson y Luciano, 2011 p. 49).

Ahora bien, es necesario realizar una distinción importante entre “dos tipos de aprendizaje humano como dos modos de establecer funciones psicológicas: el saber por contingencias (experiencia directa) y el saber por reglas (los eventos adquieren funciones desde su relación simbólica verbal con otros eventos)” (Wilson y Luciano, 2011 p. 50). De ahí que en el lenguaje gobernado por *reglas*, se establezcan “relaciones arbitrarias conducta-conducta, cuya arbitrariedad responde a la historia socioverbal de cada individuo” (Wilson y Luciano, 2011 p. 46)

En este orden de ideas, Wilson y Luciano (2011) proponen que “responder de forma verbal es responder a un evento en términos de otro (Wilson y Luciano, 2011 p. 52). Así, determinados marcos de relación y funciones de estímulo son los que facilitan “darse cuenta de que los pensamientos son pensamientos, y [...] diferenciar el futuro que uno está teniendo, del futuro en mismo (p. 44). Esta lectura “añade flexibilidad para responder, posibilita amplio rango de respuestas, más adaptativas, acorde los valores [...] mientras que no hacer esta distinción, lleva a responder a los pensamientos y a las sensaciones como si fueran cosas reales” (Wilson y Luciano, 2011, p. 44).

El planteamiento de ACT según Ferro (2000): incluye: generar una experiencia de desesperanza creativa, clarificar valores, eligiendo y valorando una dirección, librarse de los esfuerzos de mantener los síntomas, el control de los eventos privados como problema, desliteralización o desactivación de las funciones verbales, separación del Yo contexto y el Yo contenido, estar abierto a los eventos privados y comprometerse con la dirección elegida, exposición a eventos privados, compromiso y cambio de conducta, seguimiento y fortalecimiento.

Como se ha podido analizar en el marco teórico expuesto hasta el momento, los conceptos de la psicoterapia analítica funcional y de la terapia de aceptación y compromiso, se articulan con la

teoría de marcos relacionales. A continuación se exponen los conceptos pertinentes para el estudio de caso.

Teoría de marcos relacionales

La teoría de marcos relacionales (RFT) integra “conceptos aparentemente dispersos como la conducta gobernada por reglas y las relaciones de estímulo derivadas” (Wilson y Luciano, 2011 p. 52), y permite ampliar la comprensión en torno a los tipos de relaciones entre estímulos como: vinculación mutua ($A=B$), vinculación combinatoria ($A=C$), transformación de las funciones de estímulos, y cómo estas tienen un papel en el análisis conductual (Wilson y Luciano, 2011).

Ejemplo de ello es el planteamiento de RFT que afirma que “un reforzador verbal es una consecuencia que funciona como reforzador debido a su participación dentro de un marco relacional” (Vargas-Mendoza, 2006 p. 24). De ahí que el “aprender a relacionar sea una operante generalizada pues 1) Muestra flexibilidad, 2) Se encuentra bajo el control de estímulos -control contextual- y 3) Está sometida a control de las consecuencias como el resto de las operantes” (Wilson y Luciano, 2011 p. 54).

Otro planteamiento pertinente son los tipos de comportamiento gobernado por reglas, en especial interesan para el caso: Pliance y Tracking, los cuales permite analizar por qué sucede un excesivo cumplimiento de reglas mediado por otros, por padres generalmente (Pliance) (p. 65), o por qué otras personas se encuentran bajo el control de contingencias naturales (Tracking), aspecto que favorece la respuesta “flexible e independiente de las consecuencias mediadas por adultos directamente” (Wilson y Luciano, 2011 p. 66).

Ahora bien, se trata de ser más sensibles a las consecuencias de las acciones, y actuar acorde a los valores personales, de ahí que se requieran estrategias puntuales para guiar al consultante hacia esa dirección. No obstante existen varios aspectos que no han permitido al consultante realizar esto por sí mismo, como la evitación, el control de los síntomas y la lucha con los eventos privados evaluados como negativos (pensamientos, estados corporales, sensaciones o recuerdos).

Además, acorde con Wilson y Luciano (2011) son precisamente “los valores del cliente los que constituyen el medio para un cambio conductual, pues actuar en relación a los síntomas es perder la dirección de la vida” (p. 97). Así, para facilitar el camino de regreso hacia los valores, se propone el “distanciamiento de los contenidos psicológicos por medio de la desactivación del lenguaje, hacer espacio a los eventos temidos y potenciar yo contexto” (p. 97).

Adicionalmente al distanciamiento, Wilson y Luciano (2011) proponen los siguientes *objetivos* para alterar los contextos verbales y “potenciar ventajas del autoconocimiento como darse cuenta de que se ha perdido el rumbo (desesperanza creativa), elegir el rumbo personal, contactar con eventos privados en una señal de libertad” (p. 102) y “minimizar lucha inefectiva, la discusión y razonamiento ineficaz” (p. 99). Con relación a *los métodos*, se proponen en ACT tres formas para “alterar contextos verbales: metáforas, paradojas y ejercicios experienciales. La metáfora sólo es efectiva si contactan con la clase funcional de evitación [...] Por su parte las paradojas resaltan la contradicción entre las propiedades literales y funcionales de las reglas de evitación” (p. 99). Y los ejercicios experienciales, “contactan con el yo contexto y con funciones verbales aversivas, las cuales actúan como si fueran barreras físicas, facilitan la experiencia para que el cliente comprenda cómo actúan sus procesos verbales” (p. 100). Estas técnicas de exposición “no tienen como propósito reducir el malestar, sino orientar al cliente hacia un repertorio flexible ante el malestar, sin pretender modificar o reestructurar el contenido de los pensamientos” (Luciano, Paez-Blarrina y Valdivia, 2010. p. 155).

Finalmente, lo que se ha planteado sobre ACT hasta el momento puede ser reunido en los siguientes aspectos: experimentar la desesperanza creativa, clarificar valores, abandonar el control de eventos privados, desactivar el lenguaje, desliteralizar, tomar perspectiva de los procesos verbales, hacer espacio para la aceptación, desarrollar el Yo-contexto, elegir, aceptar y comprometerse, prevenir recaídas, entre otros (Wilson y Luciano, 2011). Estos aspectos buscan “abstraer funciones determinantes del problema y ponerlas al servicio de los valores del cliente” (Wilson y Luciano, 2011, p. 101), lo cual es un aspecto central en cualquier proceso terapéutico, tal y como se expondrá a continuación uno de los casos clínicos de la consultante de 36 años de edad diagnosticada con trastorno bipolar I, episodio mixto. El caso fue escogido por ser (entre las dos clientes) la que accedió voluntariamente a que fuera presentado en el actual documento.

Método

Sujeto

Xiomara, el nombre utilizado para proteger la identidad de la consultante, es una abogada de 36 años, se encuentra casada y tiene una hija de 15 años. Su esposo también es abogado y ambos formaron una empresa en la rama del derecho hace aproximadamente 14 años. De nivel sociocultural medio-alto, reside en la casa con su esposo e hija, en un ambiente que la consultante considera difícil por sentirse sola, distante de los demás, carente de libertad, situación que tiende a evitar manteniéndose conectada a Internet pues le permite interactuar con amigos. Sus padres viven de otra ciudad por lo que no tiene contacto directo con ellos, aunque mantienen una comunicación por llamadas, especialmente con su madre. Manifiesta que tiene un hermano diagnosticado con trastorno depresivo, otro hermano que tuvo un intento de suicidio hace 5 años (no diagnosticado), el suicidio de un primo (por parte de la familia de la madre) hace 10 años, y su madre ha presentado crisis de agresividad e impulsividad (no diagnosticada).

Las consultas comenzaron a desarrollarse durante el tiempo en que la consultante estaba hospitalizada, posteriormente al finalizar el periodo de hospitalización fueron asignadas citas particulares por consulta externa con horarios a conveniencia de ambas. La consultante en realidad no acudió a terapia por motivación propia, sino que era acostumbrado para la consultante pasar por los servicios ofrecidos por el Instituto: psiquiatría, psicología, terapia ocupacional y nutrición.

Así, se inició el proceso terapéutico en el que la consultante no manifestó un motivo de consulta inicial, sino que se fue interesando porque era alguien que la apoyaba, acompañaba y escuchaba durante en su estancia en la clínica, sin una idea de lo que la terapia podría brindarle herramientas. Posteriormente, durante el desarrollo de las sesiones, se establecieron metas terapéuticas acordes con los valores de la consultante, poniéndose frente a la desesperanza creativa que tenía inicialmente.

Análisis sincrónico (Estado actual)

Se comenzaron a observar a lo largo de la consulta periodos en que se reportaban conductas autolesivas como golpearse contra las paredes, tomar objetos decorativos partírlas y con ellos amenazar con agredirse si no le permitían ‘hacer lo que quería’, lo cual significa no llevarla a hospitalización, situación que terminaba por aumentar su desesperanza y la creencia de que no podía decidir sobre su vida.

Así el patrón de conducta habitual que ella manejaba se basaba en sentirse mal con su situación, su relación familiar, de pareja, a nivel laboral y profesional, que no manifestaba pues implicaba molestar, incomodar, desagradar o confrontar a otros, razón por la cual optaba por ‘dejar las cosas así’. Conducta que iba seguida de una inminente crisis cargada de impulsividad, autoagresión, heteroagresión, e inestabilidad emocional.

Ahora, ¿Cuáles son específicamente las conductas problema de Xiomara? ¿Cuál hipótesis explica mejor el problema y cuáles áreas de funcionamiento se encuentran afectadas? A continuación se describe la historia del problema, y los eventos asociados.

Análisis diacrónico (Historia antes del problema)

Infancia: Se consideraba en aquella época una ‘niña buena’. Obediente a las normas morales y religiosas. Le gustaba ver a los demás felices así tuviese que renunciar a sus deseos o necesidades personales. Durante la infancia, la consultante reporta que su madre fue muy normativa, la relación con su padre durante ese periodo era afectuosa, como ahora. En la relación con la madre se manejaba principalmente reglas tipo *pliance*, el cual se extrapoló a diferentes áreas de su vida: en el colegio, las relaciones con amigos y otros familiares, con una marcada.

Adolescencia: Manifiesta que tuvo una adolescencia ‘reprimida’ por las normas del hogar, “mi mamá no me dejaba salir, ni tener novio, era muy estricta, sobreprotegida”. Manifiesta que fue acosada sexualmente por un primo, pero que nunca contó por miedo a que la culparan.

Adulthood: Manifiesta que “parecía una niña hasta la universidad, pero octavo semestre como

que me desperté”. Fue destacada académica y profesionalmente, se dedicó junto con su esposo (también abogado) a la construcción de un negocio en la rama del derecho. Manifiesta que se casó con su esposo cuando quedo embarazada, no había un sentimiento fuerte hacia él en un principio, pero dice que los pudo desarrollar con el tiempo y que llegó a amarlo mucho. Mantenía una vida social satisfactoria, salía a reuniones, era líder para reunirse con un grupo grande de amigas y promovía la socialización. Con relación a su relación conyugal, manifiesta que si bien su esposo ha sido responsable y dedicado a su hogar, no se encuentra feliz en la actualidad con él (su esposo), el área de la sexualidad se encuentra deteriorada, desde hace varios meses no tienen relaciones sexuales: “es como si fuera su hermanita, no su esposa”.

Historia y evolución del problema

El inicio de los síntomas fue hace aproximadamente 5 años, a partir del cual empezaron a manifestarse una serie de síntomas que ella reporta no haber sentido antes y que eran relevantes pues afectaban su vida de modo significativo. Algunos de los síntomas fueron desmayos constantes, opresión en el pecho, sensación de que se iba a morir, taquicardia,

A partir de ahí, Xiomara comienza a experimentar frecuente ansiedad y preocupación la mayor parte del día, manifiesta que trabajaba pero se encontraba realmente agotada, pues su vida se basaba en esperar a su esposo a que llegara de su trabajo, ya que programaba extensas jornadas de trabajo, hasta altas horas de la noche, lo cual según ella, comenzó a afectar su ciclo de sueño, pues sentía que no podía conciliar el sueño hasta que su pareja no llegara a la casa.

Según se pone de relieve en la entrevista clínica, fueron dos años de graves crisis de ansiedad con la incertidumbre de lo que estas eran, los médicos no encontraban una explicación biológica a sus síntomas, presentaba desmayos constantes, opresión en el pecho, sensación de que se iba a morir, taquicardia, etc. Momento a partir del cual su familia, especialmente su esposo, comenzaron a tener comportamientos relacionados con la sobreprotección hacia ella, y una atención especial que no recibía antes, fue llevada de urgencias a TRIAGE en muchas ocasiones, pero no encontraban respuestas. Así, durante estos 2 años se agravó la sintomatología de ansiedad e insomnio hasta que fue remitida a consulta psiquiátrica, porque uno de los médicos identificó que

los síntomas sugerían una valoración por psiquiatría, momento a partir del cual acude a consulta psiquiátrica

En ISNOR inicialmente fue diagnosticada con trastorno de pánico durante 8 meses; periodo durante el cual tuvo un empeoramiento de los síntomas, en términos de funcionamiento, comenzó a necesitar silla de ruedas para su desplazamiento, en palabras de la consultante : “no andaba tres pasos, me bañaban entre una tía y la empleada, la tía me daba avenita pollito, llamaban al padre, al cura, se me subía y bajaba la tensión, parálisis de manos y piernas, tomaba neosalidina para la migraña, tenía que usar inhalador, me encontraba pálida, me sacaban a la esquina, ahí me desmayaba, me asfixiaba, en misa, en todas partes, en cine, todo el mundo identificaba que yo tenía algo”.

Ahondando en algunos eventos que antecedieron a esta crisis, la paciente, reporta que había muerto una empleada muy importante para ella varios meses atrás, se trataba de una señora mayor, robusta, grande, (significativo porque se sentía protegía por esta razón), que la escuchaba mucho y que al llegar del trabajo encontraba todo hecho: “me preparaba la comida, me consentía, me trataba como si fuera una madre”. Algunos meses después, cuando estaba más estable, la empleada muere de cáncer, situación que la lleva nuevamente a una recaída con hospitalizaciones, aunque es temporal pues regresa a su trabajo.

Después de 8 meses de diagnóstico de Trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada, los psiquiatras agregan el diagnóstico de Trastorno afectivo bipolar tipo I episodio mixto presente, junto con un trastorno de ansiedad no especificado, y adicionalmente el diagnóstico de trastorno anancástico de la personalidad. En este mismo año, encuentran en Xiomara una hipergliceridemia pura, la cual provoca cambios anormales en su peso. Y en el año siguiente, se le diagnostica hipotiroidismo no especificado. Cabe mencionar que las etiquetas diagnósticas que se mantienen hasta la fecha y son en total cinco.

Durante este tiempo, es llevada frecuentemente a la clínica por urgencias con sensaciones fisiológicas de taquicardia, palpitaciones, sensación de ahogo, opresión en torácica, ansiedad y pánico. En este momento del discurso la paciente manifiesta que su esposo no le creía, porque

pensaba ella estaba simulando, y eso la afectaba aún más. Durante este tiempo comenzaron a incrementar los síntomas, A los meses los síntomas se generalizaron a múltiples situaciones, incluyendo el trabajo, estuvo incapacitada por un periodo de 6 meses, hasta que retomó el trabajo en la oficina con su esposo durante 6 meses más. Época en la que pudo manejar mejor su sintomatología, según ella, gracias a la medicación. Cabe resaltar aquí, que los tratamientos psicológicos recibidos no tenían un proceso continuó lo cual afectaba su efectividad.

Ahora, mientras trabajaba con su esposo, Xiomara decidió participar en un concurso para trabajar con el Estado, pero para ello debía competir en una prueba de conocimientos y análisis con los demás profesionales que desearan el cargo. Motivada por ello, comienza a prepararse académicamente, y a estudiar dos días seguidos para la prueba, y gana el concurso para ocupar un cargo público litigando.

Según manifiesta Xiomara, en el tiempo durante el cual trabajó para el Estado, fue muy estresante para ella porque a pesar de que daba lo mejor en su trabajo “hacia lo mejor de mí, ganaba todas las tutelas, me destacaba”) los intereses del jefe primaban sobre las decisiones autónomas a las que tenía derecho en su cargo. Según ella, se trataba de un jefe impositivo y temperamental que no podía soportar. Xiomara experimentaba preocupaciones constantes relacionadas con los intereses del jefe vs su desempeño en el trabajo, allí el principal problema era que realizaba documentos que implicaban para la empresa el deber de asumir la responsabilidad legal de determinados procesos, por lo cual el jefe manifestaba exaltado su disgusto y terminaba por demorar el pago del salario, entre otras conductas de castigo o de desaprobación, frente a las cuales Xiomara no manifestó un desacuerdo claro.

Por otra parte, comenzó a tener problemas con otro gremio en su trabajo, recibió amenazas de algunos representantes del pueblo, pues ganaba las tutelas que ellos realizaban, hasta que una crisis de ansiedad y depresión la llevó nuevamente a hospitalización por un año y 10 meses incapacitada. Tiempo en el cuál comité encargado de la interdicción judicial votó y ella fue seleccionada como una paciente incapacitada para el ejercicio de su profesión. En este proceso de interdicción judicial, se realizó por medio del dictamen psiquiátrico.

Desde entonces ha mantenido un patrón de conductas de evitación o escape, específicamente frente a situaciones en las que la cliente se siente ansiosa, emoción que durante el proceso de evaluación ha parecido estar relacionada con ideales como “ser buena esposa y no dar motivos” vs. “ser ella misma, espontánea y sentirse libre”.

Ahora, al presentar una crisis de ansiedad la conducta de evitación pertenece tanto a la consultante como a su esposo pues quien inmediatamente piensa en hospitalización como única salida a la ansiedad manifiesta. De esta forma, el esposo utiliza la hospitalización como refuerzo positivo (la hospitalización) frente a la conducta de evitación pues se trata de una consecuencia que aumenta la probabilidad de que la conducta evitativa se repita en el futuro. Por otra parte, la conducta de la hija de Xiomara se basa en distanciarse de ambos, no hacer sus deberes en el colegio ni en la casa, expresarle a su madre que “no la lastime”. Mientras que la madre de Xiomara no considera que ella pasa por situaciones difíciles, y la vigila con llamadas para que “no haga nada que dañe su matrimonio, pues tiene un esposo perfecto”. El padre de Xiomara mantiene una postura comprensiva pero al mismo pasiva frente a ella y frente a los síntomas.

Desde el momento de su hospitalización hace aproximadamente un año y 10 meses, conoció una persona 13 años menor que ella, a quien llamaremos Andrés para proteger su identidad. Con Andrés mantiene relaciones sexuales esporádicamente, no hablan casi nunca, excepto cuando van a programar un encuentro. A pesar de ello, la consultante manifiesta que el resto del tiempo se la pasa pensando en él y en encontrarse con él. La conducta de Andrés con frecuencia incrementa la ansiedad de Xiomara, pues él se aleja o no contesta el celular, conducta de Andrés que aumenta la probabilidad de ocurrencia de impulsividad y agresión en Xiomara, esta conducta se va intensificando en relación a la ausencia de Andrés. Conductas que por su contigüidad en el tiempo han aportado a hospitalizaciones por crisis, han permitido hipotetizar el planteamiento que se presenta en el actual documento.

Repertorios de autoconocimiento - autoreferenciación

Xiomara se describe a sí misma como una mujer enferma, inútil, imperfecta, incapaz, que está sola, que no es amada, que no es una persona buena y que es un fracaso. Manifiesta también que

ha comprobado que es una enferma porque de “otro modo los medicamentos no servirían”. Percibe que es una molestia para los demás, especialmente si no mejora en sus síntomas, o si no satisface completamente a los demás.

Contexto de funcionamiento en las competencias:

Afectiva/emocional: se muestra lábil, con afecto depresivo y ansioso. Inestable emocionalmente.

Cognitivo: alerta, colaboradora, vestida acorde con edad y género, orientada en tiempo y espacio, lenguaje coherente y lógico, ideas de minusvalía, desesperanza, sentimientos de vacío, alteraciones de sueño, alteraciones de sensopercepción, ideas de muerte, niega ideación o plan suicida. Específicamente con relación a las ideas de muerte, se trata de imágenes en las que ella cae desde una ventana de un edificio en un piso muy alto, con la intención de experimentar sentimientos porque según ella reporta “ya no siente nada”.

Laboral: en la actualidad se encuentra “incapacitada” hace un año (funcionaria pública).

Familiar: Patrón de relación de pareja inestable (idealización y devaluación). Con su hija es distante cuando se encuentra en crisis. El resto del tiempo comparte con ella y la acompaña en sus tareas. Escasa expresión de sentimientos y comunicación limitada (“de eso no se habla”).

Sexual: Manifiesta sentirse frustrada porque su pareja se muestra distante a nivel sexual y se justifica a si misma que sus deseos deben esperar. No tienen relaciones sexuales desde hace varios meses: “es que él llega cansado y yo lo entiendo”. Por su parte, el esposo sugiere indirectamente que el “respeto a su esposa y que la sexualidad puede reactivar la sintomatología manica e hipersexual”. Relación con otra persona fuera del matrimonio: sexualmente satisfactoria

Condiciones ambientales: tiene pocos retos, pocos estímulos intelectuales referidos al aprendizaje y actualización constante en el campo de las leyes y otros temas del derecho. El medio social en el que se desenvuelve se limita a su familia. No mantiene contacto con compañeros de trabajo, argumentando: “¿para que me vean así?”.

Interacción social: distanciamiento de las relaciones sociales, evitación de eventos donde se siente que “debe aparentar estar bien”. Manifiesta que le gusta complacer a otros. Presenta constante temor y miedo al juicio de otros, a que no aprueben sus acciones o comentarios o simplemente a que no les guste o no les importe. Se identifica una necesidad por los retos, igual que una necesidad por realizar actividades novedosas especialmente en el campo de las relaciones sociales. Asiste a reuniones esporádicas a un grupo de apoyo de personas diagnosticadas con TAB, denominado *Afectuosamente*.

Recreacional: Sucede un distanciamiento de las actividades recreacionales, por desinterés, anhedonia, sintomatología depresiva.

Autocontrol: Le falta claridad para saber e identificar sus valores, sus intereses y motivaciones personales. Se le dificulta decidir y elegir acorde con ellos. La toma de decisiones siempre se da en relación a los demás: “otros deciden por mi” en el campo económico, laboral, de pareja, etc. Conductas de autocuidado (aseo personal e higiene) se mantienen a pesar de la tristeza que ella pueda manifestar, alteración en el sueño (insomnio, que se refuerza por mala higiene del sueño), conducta alimentaria afectada (no come) cuando está triste, salud (hiperlipidemias, debe comer bajo en grasa pero en ocasiones no sigue la recomendación médica). En la actualidad los síntomas fisiológicos se manifiestan con ansiedad constante, pero no presenta palpitaciones, sensación de desvanecimiento y otros síntomas de una crisis de ansiedad. Sus crisis en la actualidad tienen un componente de mayor impulsividad.

Diagnóstico

Eje I: Trastorno afectivo bipolar tipo I, episodio mixto presente. Trastorno de ansiedad generalizada.

Eje II: Rasgos de personalidad dependiente. Rasgos de personalidad por evitación

Eje III: Hipotiroidismo no especificado, hiperlipidemia.

Eje IV: Cesante, distanciamiento de las relaciones sociales y familiares. Red de apoyo: esposo e hija, ISNOR. Padre con parkinson.

Eje V: 60.

Procedimiento

Se implementó la terapia de aceptación y compromiso (Anexo 4.) como un tratamiento al Trastorno de Evitación Experiencial (TEE). La intervención ha tenido una duración de aproximadamente 4 meses, sin embargo hubo interrupciones por incapacidad médica de la terapeuta, durante un periodo de 15 días, y otro periodo de igual duración por motivo de un viaje realizado por la consultante.

Fases de la intervención

1. Sesiones dedicadas principalmente a la evaluación

Se evaluaron las conductas problema que Xiomara presentaba y que afectaba la actuación en dirección a sus valores. La evaluación inicial se centró así en recoger información no sólo a través de la entrevista en sesión con preguntas abiertas y cerradas, sino también por medio de la observación, algunos formatos de autorregistro y cuestionarios como: Cuestionario de Aceptación y Acción (Anexo 2.) En este último se buscó medir la disposición a la acción, justificada por determinado estado de ánimo, encontrando que al presentar sentimientos considerados ‘negativos’ (timidez, tristeza, melancolía, culpa, rencor) Xiomara justificaba la actuación como el aislamiento, el distanciamiento de actividades placenteras y la evitación de actividades que implicaran asumir responsabilidades o compromisos. Por otra parte, los sentimientos para ella positivos (alegría, felicidad, tranquilidad) justificaban la realización de actividades como trabajar, estudiar, cumplir con deberes, entre otros. Así, las razones dadas como relevantes para las acciones, en el caso de Xiomara, terminan por fortalecer la evitación, la fusión cognitiva y la insensibilidad a las contingencias naturales.

A continuación, en la Tabla 2. se presenta un cuadro que enuncia cada conducta problema, y la conducta verbal correspondiente, con el propósito de comprender mejor la problemática de la consultante y abrir la posibilidad para realizar nuevas hipótesis desde diversas perspectivas que tal vez no se hayan contemplado en el presente documento.

Tabla 2. Listado de conductas problema la conducta verbal correspondiente

CONDUCTAS PROBLEMA	CONDUCTA VERBAL
<p>1. Dificultad para expresar necesidades y deseos</p>	<p>“No se lo hago saber a nadie, me lo como todo. Lo oculto todo para que los demás no se preocupen, es que yo siempre me aguanto. Me callo, opto por callarme, para no obstaculizarle los planes”.</p> <p>“Quisiera volver a sentir esa llamita del amor como cuando uno se casa”.</p> <p>“Pueden pasar meses, en que no tenemos relaciones sexuales, se lo dije a mi mamá, pero no a él. Antes de enfermarme, teníamos relaciones sexuales normales. Yo oculto eso, la sexualidad. Oculto mi infelicidad con respecto a la parte sexual. Como que a uno le faltan cosas en la vida por vivir. Decirle eso, seria defraudarlo. Al fin y acabo, como vivo sola, estoy siempre sola. Para el soy una enferma. Además siempre está cansado, a él se le hace muy tarde todo, no tiene tiempo, debo entender eso”.</p> <p>“Para todo el mundo el hombre ideal es mi esposo. Pero nadie sabe la intimidad. He dejado pasar oportunidad, para salir. Mi esposo se envejeció, le duelen los oídos, es que él es muy serio”. “Ya no me admira, ya son 15 años, es solo el compromiso, el hogar”</p> <p>“Yo venía atacando todo lo que él hacía, no le pasaba una. Cuando se comporta mal conmigo y ahí si quisiera ponerle cachos. Yo no le digo que quiero cariño, antes si me daba cariño, y por eso siento que me conseguí otra persona”.</p> <p>“En mi trabajo como abogada hacia mi deber, pero como lo hacía tan bien, eso no iba con los intereses de mis jefes, no les gustaba, los perjudicaba, se molestaban y se demoran en pagarme cosas así”.</p> <p>“Cuando llegué a ISNOR, comencé a defender a los enfermos, era líder, los defendía porque ellos se demoraban en pasar y luego no les daban desayuno. Por eso también tuve problemas aquí”.</p> <p>“Mi esposo le dijo a la niña: me las va a pagar por hacer levantar a su mamá, no va a ir a estudiar en grupo, la amenazó, eso me molesto no dije nada en ese</p>

	<p>momento, pero ¿cuál es el problema de que yo me levante? Siento miedo de decirle a mi esposo esa sobreprotección me ha hecho mucho daño”.</p> <p>“El no cumple lo que dice, en el sentido de que dice que va a llegar, que va a tener más tiempo. No desayuna conmigo, no come ni almuerza conmigo, ni en familia. Él es extremista, a morir, o es blanco o negro. Mi esposo trabaja más de la cuenta. Nunca toma alcohol”.</p> <p>“No me hace sentir como su esposa, sino como a una hermana, una hermanita, o una enferma. Lo que él me dice es: ya, acuéstese, ¿Ya se tomó las pastillas? Por eso le cogí fastidio, ya no me interesa. Me compara con otros bipolares: él es bipolar y si hace las cosas y trabaja. Ya no se cómo voy a volver a quererlo”.</p> <p>“No puedo ser la de antes, esa abogada, activa que iba las audiencias ¿por qué me volví una inútil? No sirvo, no voy a durar mucho tiempo mentalmente”.</p> <p>“Quisiera que él me llamara todos los días, así yo no esté mal. Pero sólo me llama cuando estoy mal, si estoy bien, no me presta mucha atención”. Le pido algo y si no lo trae rápido, no le perdono ni media, soy muy sensible”</p> <p>“Son 15 años amándolo, pero con el salgo peor, como si el no entendiera mi enfermedad, se le sale la rabia, dice que salgo más loca, a veces me cree cosas, pero es mucho tiempo aguantándolo. A veces quiero separarme de él. Se pone bravo por nada, me hace sentir culpable, que me voy a tirar la niña”.</p>
<p>2. Necesita aprobación de otros. No desagradar.</p>	<p>“Le he sido infiel. Tengo miedo de que tal que el acabarse conmigo, de que se separe de mí. Me va a rechazar”.</p> <p>“Soy vulnerable al coqueteo, me dicen las cosas y todas me las creo, buenas o malas, no soy capaz de decir que soy casada, y lo que hago es seguir la cuerda. No tengo carácter para decir que no”.</p> <p>“Yo era más interesante para él”.</p> <p>“Antes en el trabajo tenía la exigencia, el vestir, el estar trabajando”. Yo no le ponía cuidado a nadie allá, todo era pensando en que salía de mi oficina y me iba a la de mi esposo. Y la relación era mejor cuando trabaja. Yo era más interesante, interesante para él. Cuando eso tenía empleada. Ahora soy una inútil, vieja, gorda, para él, es así. Siento que nos soy atractiva, para él”.</p>

	<p>“Los pretendientes que tengo son menores”</p> <p>“A veces quiero acabar las cosas con esta otra persona, pienso que no es real, hay mucha diferencia de edad. Pero no soy capaz”</p> <p>“Me dice mi esposo que soy una adicta a Facebook, por si lo cierro me enfermo porque ¿quién me habla, quién me dice un piropo? Me di cuenta que es como falta de afecto.</p> <p>Antes era sólo con él, sólo con él, y uno nunca ha vivido la vida y este bobo viene y me dice algo y uno tiene que conocer que hay varias personalidades.</p> <p>“Salgo con él, el si es lindo conmigo. Poder despertar en otra persona cosas, sentimientos, es algo que me da seguridad”</p> <p>Sé que no soy para él lo que yo quisiera. Él es un apego, me apego a la persona que me da cariño, amor, palabras bonitas.</p> <p>Cuando trabajaba, no pensaba en nadie, me decían usted como esta de hermosa, pero a mí solo me importaba mi pareja y mi hija. En esa época, yo era interesante para el”</p> <p>“Siento que se me acabo la vida, no puedo tener otras oportunidades de salir”.</p> <p>“A mi mamá la decepcione cuando deje de trabajar y a mi esposo cuando dejo estudiar en cosas del derecho”.</p> <p>“Yo defendía el municipio, pero me amenazaron, porque ganaba todas las tutelas, yo venía tomando mi droga, pero luego de eso, no volví. Esa vez que me amenazaron no podía ni levantar la cuchara para comer”.</p>
<p>Dependencia / sobreprotección</p>	<p>“Mi esposo en la mañana me cierra todo, cortinas, ventanas. Me gustaría que todo fuera normal. Natural, que si se va se va, pero que no tenga ese extremo cuidado. Él es extremista.</p> <p>“Me dicen: Pero si yo la veo a bien, si, sí, yo estoy bonita. Si ellos realmente vieran, cuando no me tomo la pasta, me siento nerviosa, sin alientos”.</p> <p>“La psiquiatra me dijo que no me generara dependencia con ella, me avisa cuando se vaya a ir, no me vaya a dar un choque”.</p> <p>“La señora que me cuidaba era una señora robusta grande, necesito una persona que me escuche, era de 40 años, cuidaba de mí, se murió hace 3 años”.</p>

	<p>“Me siento mal que me prepare el desayuno siempre, aunque él lo ha hecho desde que nos casamos. Lo quiero pero ha hecho cosas que me han dolido y nunca se las he dicho, él es muy estresado y a veces no me trata bien, como la vez del carro que me bajo y me sentí muy mal, él no se dio cuenta de lo que hizo, para él está bien”. “Cuando se murió la que me cuidaba, me enferme terrible, yo creo que ella quería llevarme a mí porque me dio de todo, se van a reír de eso, pero para mí era importante, tenía que volver a empezar a cocinar, quisiera tener más habilidades, la casa me estresa”.</p>
<p>3. Obediencia extrema a normas y reglas morales.</p>	<p>“Yo trato de hacer todo lo que me digan, yo pongo de mi parte para tomarme la droga”.</p> <p>“Mi mamá me dice que él es un esposo ideal, no toma licor, cualquier mujer diría. Ud. sabrá si está haciendo cosas buenas o malas”.</p> <p>“Quiero sacarle la rabia... como para que me odie, y para no sentirme culpable yo, por haber sido infiel. Por mi hija es que sigo casada con mi esposo, si el tuviese errores lo sacaría de mi vida, pero como es perfecto”.</p> <p>“El viernes fuimos a discoteca, vamos a celebrar el aniversario. Porque la doctora me dijo la tarea, en contra de mi voluntad, yo no quería. Dije bueno, vamos a discoteca, teníamos 14 años sin ir a discoteca. Solamente una vez había entrado a una discoteca.</p> <p>“Me casé porque estaba embarazada, pero no lo quería, y con el tiempo quise mucho a mi esposo, me respetaba, era juicioso, yo lo apoyaba y trabajaba en todo. Lo esperaba en la casa hasta tarde, listo no había problema”.</p> <p>“Mi mamá me sobreprotegió, no me le podía desaparecer ni un segundo”.</p> <p>“Mi mamá no acepta que yo tome medicamento, mi mamá me dice todo el tiempo, que el tan buen hombre que no lo deje perder, el es perfecto”.</p> <p>“El me puso una tarea, a medir el salón”.</p> <p>“La recuperación no se puede, quiero calidad de vida, como me dijo como me dijo la psiquiatra”</p> <p>Ahora salgo a pagar los recibos como me dijo la psiquiatra”</p> <p>“Le he sido infiel, me da remordimiento”.</p>

4. Evitar el malestar	<p>“A veces quiero vivir sola, separarme o salir de ahí, irme a un hotel, pienso en matarme, es que voy a hacer que me extrañe. Hubo un día en que me asome a un ventanal grande, me dieron como ganas de botarme para saber qué es lo que se siente”.</p> <p>“Durante la semana, en cositas me entretengo, pago recibos, recojo a la niña, almorzamos, si voy a la oficina, mi esposo me asigna tareas”.</p> <p>“Yo soy una mujer que ya no siente nada”.</p> <p>“Creo que si tengo amigas, pero no cuadramos nada. No voy porque no bebo café, no puedo tomarme un cóctel. No sé si aguante a controlar y aparentar estar bien”</p> <p>“Mi hija es lo más importante, ella está creciendo, aunque me pone triste que siendo tan buena alumna ahora tenga bajo rendimiento académico”.</p> <p>“Usted me conoce siendo una, pero ahora no soy la persona que era, hasta sabía manejar, no sé que me paso, es por la enfermedad, me da miedo hablar una incoherencia, a que se me trabe la lengua, a que me vean que estoy temblando”.</p>
-----------------------	---

Fuente: Elaboración propia

La fase de evaluación también incluye la descripción de las conductas clínicamente relevantes:

CCR1: pedir disculpas por todo, puntualidad excesiva, preocupación por no mejorar y ser un problema para psiquiatra y psicóloga. Genera la sensación de que debe ser tratada con cuidado, sin tocar temas que la hagan ponerse peor, o decir algo inapropiado que le recuerde su dolor, lo que más evita.

CCR2: acercarse a sus valores abrirse a sonar, a imaginar otro mundo, el que desea para ella misma. Manifestó que quería sentir la libertad de elegir, de actuar con espontaneidad. De mantener buenas relaciones con su familia. Algo que difícilmente habría podido decir en sesiones anteriores, pues se relaciona con la dificultad para expresión de deseos y sentimientos y claramente esta era una conducta relacionada dicha expresión.

CCR3: incluye interpretaciones como “soy obediente porque en mi vida me han protegido” “Soy

incapaz de decir que no, sigo la cuerda con todo, me he dado cuenta que soy complaciente”.

Otros aspectos a tener en cuenta:

Conducta gobernada por reglas aplicadas al caso

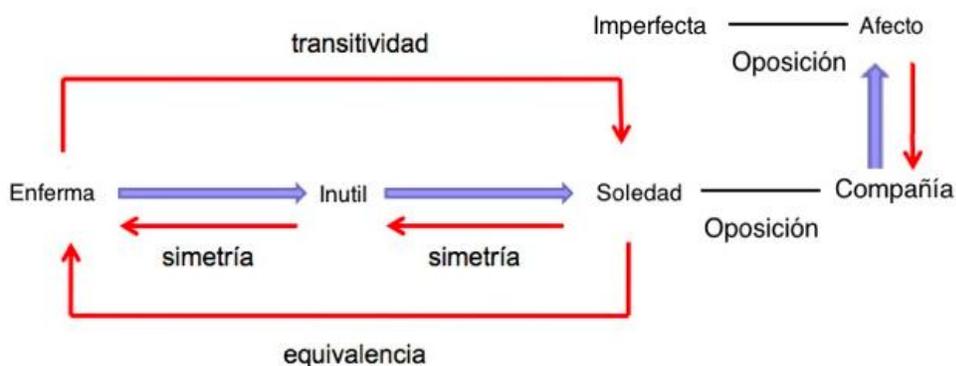
La conducta obediente y complaciente como ya se ha mencionado responde a un tipo de comportamientos gobernado por reglas o tipo de regulación verbal denominado Pliance. “En el que el cumplimiento de reglas es mediado por otros” en este caso la madre, y el esposo (Wilson y Luciano, 2011 p. 67).

Teoría de marcos relacionales aplicada al caso

Ahora, pasando a la teoría de marcos relacionales, se requiere identificar las relaciones funcionales y estimar la modificabilidad de las conductas en términos de transformación de funciones. Al recordar los contenidos a los que se encuentra fusionada la consultante, y desde la perspectiva de marcos relacionales podrían plantearse dos figuras. Ver figura 1 y Figura 2.

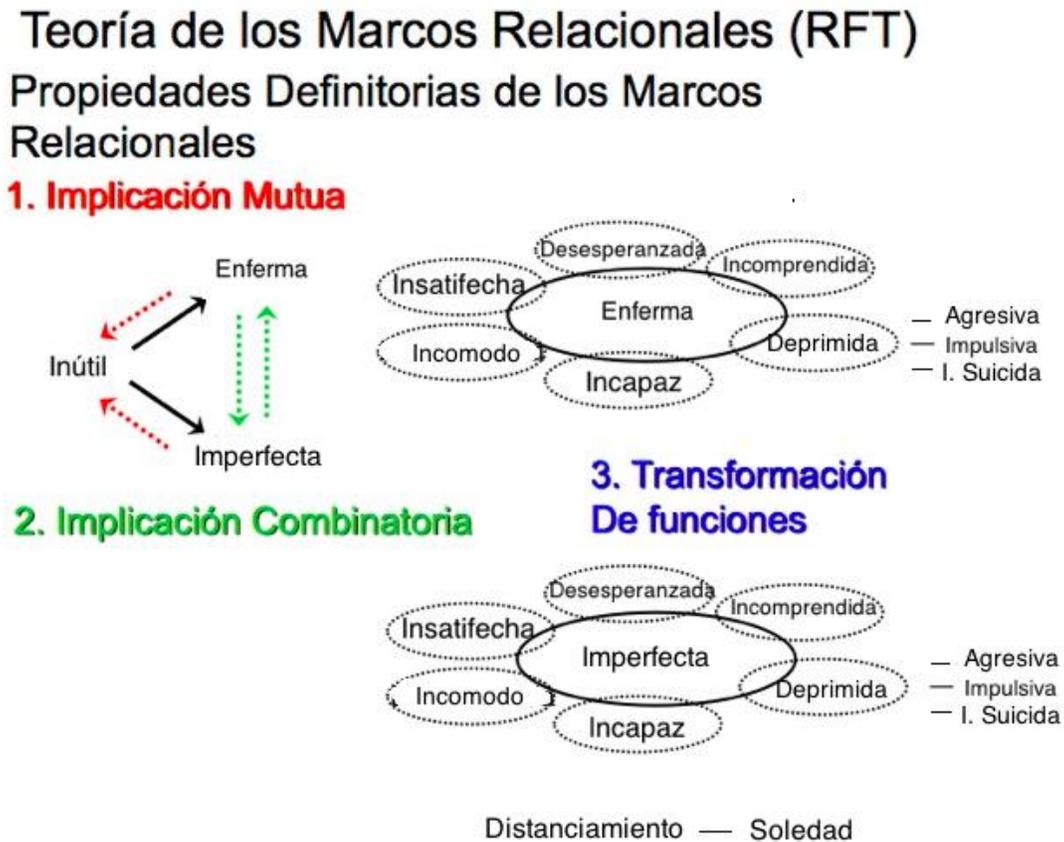
Figura 1. Esquema representativo de las relaciones de estímulo derivadas aplicadas al caso

Relaciones de estímulo derivadas



Fuente: Barnes-Holmes (2013)

Figura 2. Propiedades definitorias de los marcos relacionales aplicadas al caso



Fuente: Barnes-Holmes (2013)

2. Sesiones dedicadas a la identificación y descripción de las conductas problema

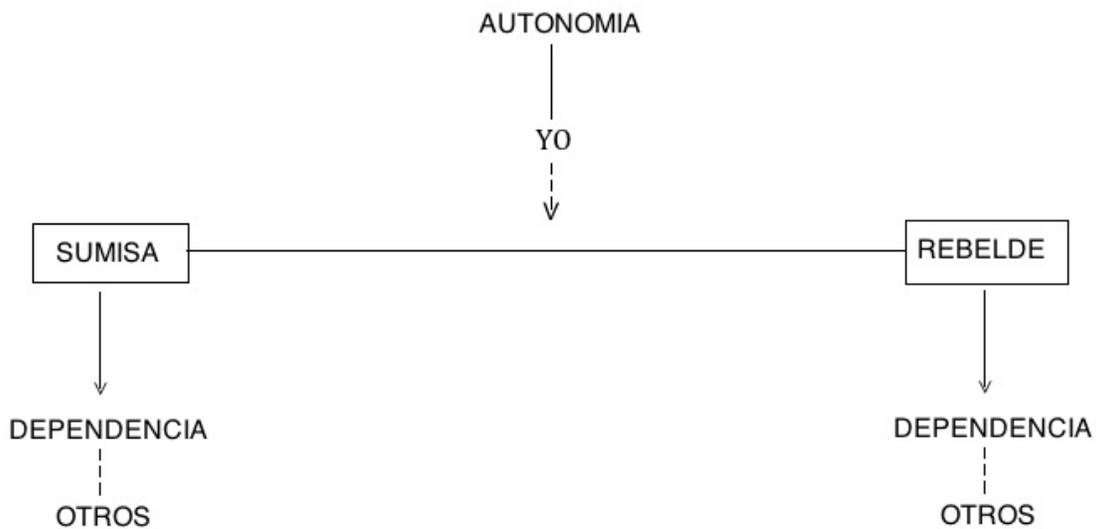
En la información proporcionada anteriormente se puede ver la evitación experiencial, de la ansiedad y el malestar, lo cual implica necesariamente el control de eventos privados no deseados.

Análisis funcional

La consultante manifiesta que ha sido muy obediente durante su vida, siguiendo normas familiares y sociales, incluyendo los valores morales y religiosos inculcados en su casa. Ser buena persona es primordial para ella, regla que significa no formar conflictos y acceder a los deseos de los demás (ser complaciente). Conducta que ha sido reforzada de diversas maneras, (como se explicará más adelante) por parte de familia nuclear y extensa.

Tal como afirma Velasco y Quiroga (2001) “lo importante de un análisis funcional es detectar el conjunto de conductas verbales autoreferidas al problema, de forma que se desemboque en una perspectiva para que el sujeto pueda resolver sus conflictos” (p. 52). De ahí que se propongan diversas formas de presentar el análisis para facilitar su comprensión y una adecuada lectura del caso. En la figura 3. se puede explicar una forma inicial explicar la dos conductas presentes en la consultante en diversos momentos, oscilando con frecuencia en la conducta de sumisión, y en momentos de crisis de impulsividad y agresividad, en conductas que ella denominó “rebeldes”. En ambas conductas (sumisa y agresiva) presentaba una dependencia hacia las opiniones de los demás, por lo cual la terapia parecía que debía enfocarse en adquirir conductas de mayor autonomía a nivel emocional y expresión emocional asertiva de ideas y sentimientos.

Figura 3. Conducta sumisa y agresiva vs. Conducta de expresión y autonomía emocional.

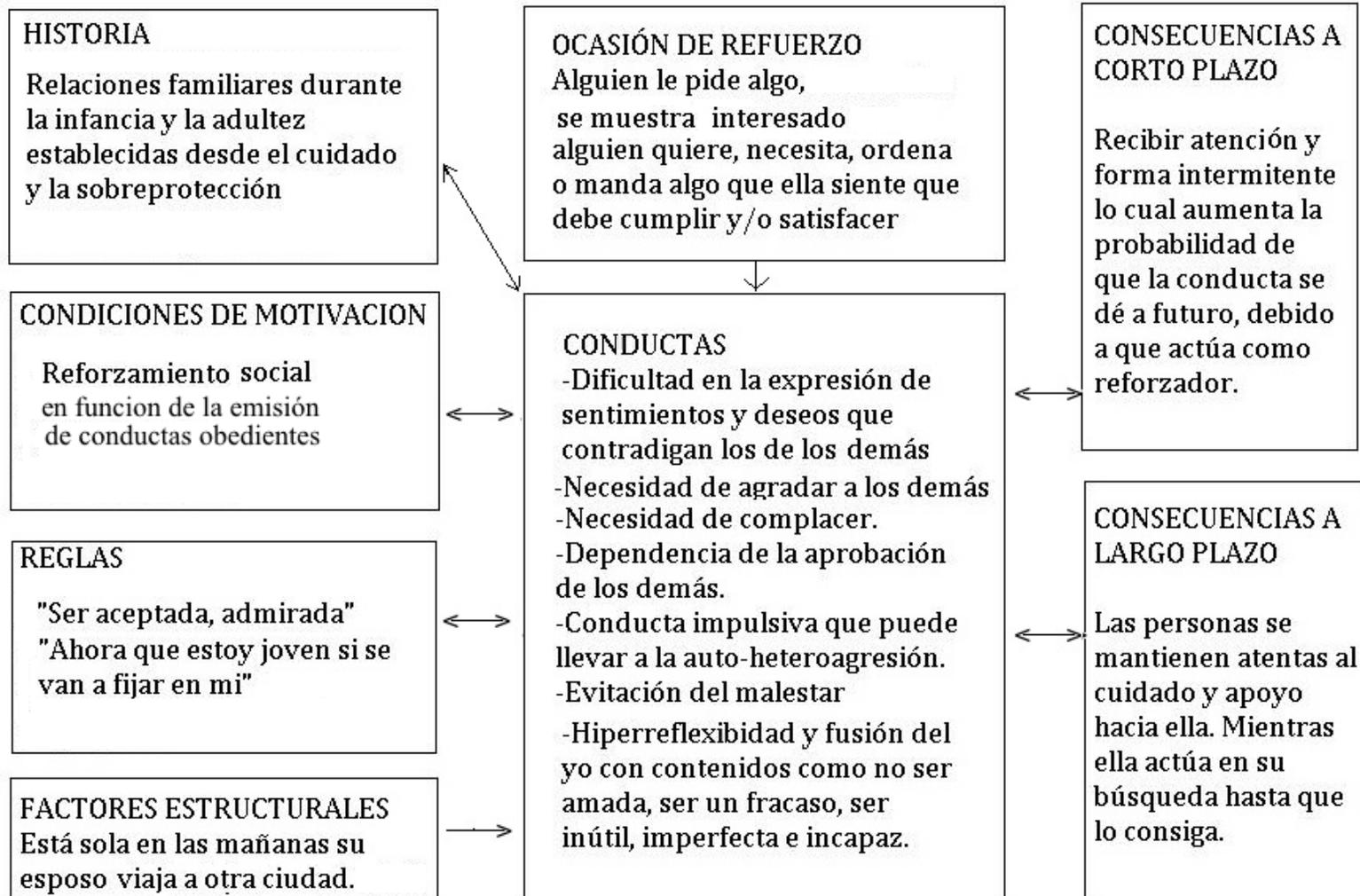


Fuente: elaboración propia

De esta forma, no solo las reglas de obediencia y complacencia que gobiernan su comportamiento, sino también las contingencias asociadas a este. De ahí que la evitación haya formado un patrón de respuestas que ha limitado actuar acorde con sus valores, y le ha generado un conflicto entre lo que a ella le importa y lo que ella siente que debe hacer por los demás (complacer), así el conflicto entre la felicidad personal Vs. la felicidad de los demás (aquellos que son importantes: madre, esposo, jefe) ha generado algunas crisis emocionales (conducta ansiosa, impulsiva y autolesiva), que han llevado a hospitalizaciones recurrentes e incapacidades laborales (la última, de más de año y medio de duración).

En la Figura 4. se puede observar un análisis más detallado de las conductas, sus antecedentes, consecuencias, historia personal, entre otros. Los cuáles serán puestos en relación con los modelos de ACT, RFT y algunos elementos de FAP.

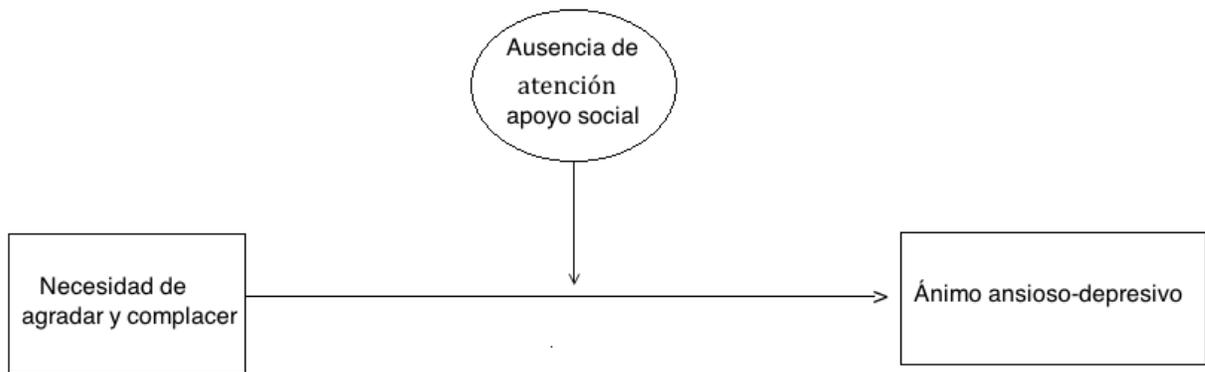
Figura 4. Análisis de las conductas, antecedentes, consecuencias, historia personal de la consultante



Fuente: Elaborado por Ballesteros, Novoa, Caicedo y García (2006).

A continuación, en la Figura 5. se muestran dos formas de presentar como la conducta ansiosa y depresiva, es gobernada por la regla de agradar y complacer a los demás, en donde media claramente un reforzador social. La figura 5. muestra el análisis conductual de la respuesta ansiosa-depresiva frente la percepción de ausencia de atención y apoyo, y una condición antecedente.

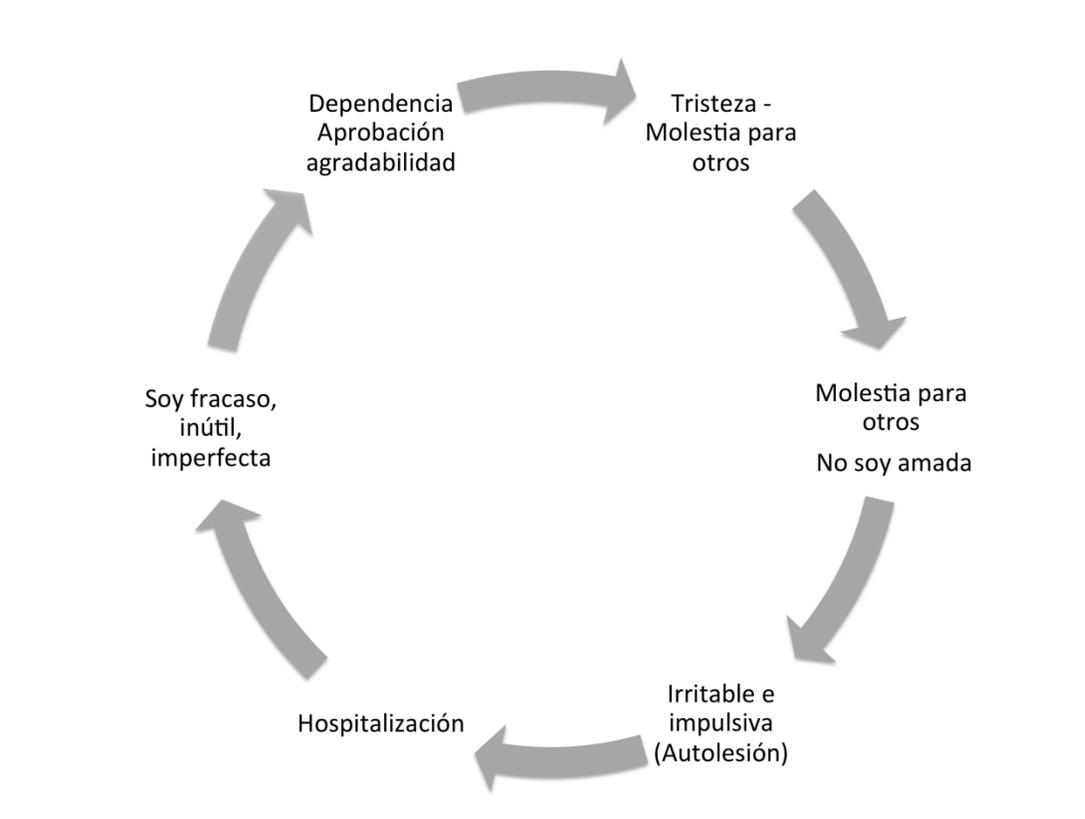
Figura 5. Análisis conductual estímulo-respuesta con un antecedente (conducta gobernada por una regla: agradar)



Fuente: Elaboración propia

Igualmente, el ciclo propuesto en la Figura 6. no pretende explicar causalidades, sino la sucesión de eventos, y comportamientos que emite la consultante, ya sea conducta pública o privada.

Figura 6. Sucesión de eventos y comportamientos reportados por la consultante en sesión

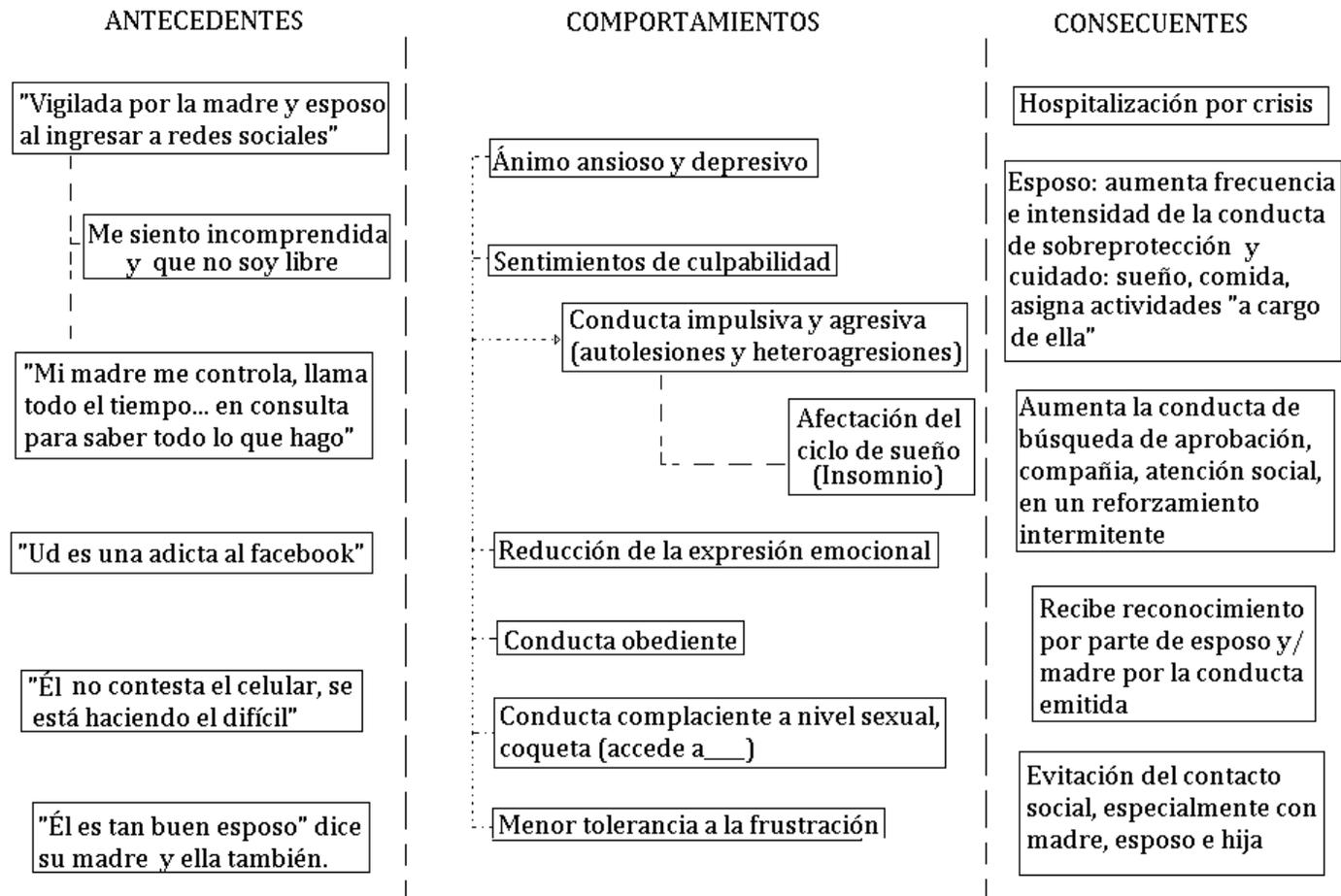


Fuente: Elaboración propia

4. Sesiones dedicadas a la formulación de hipótesis.

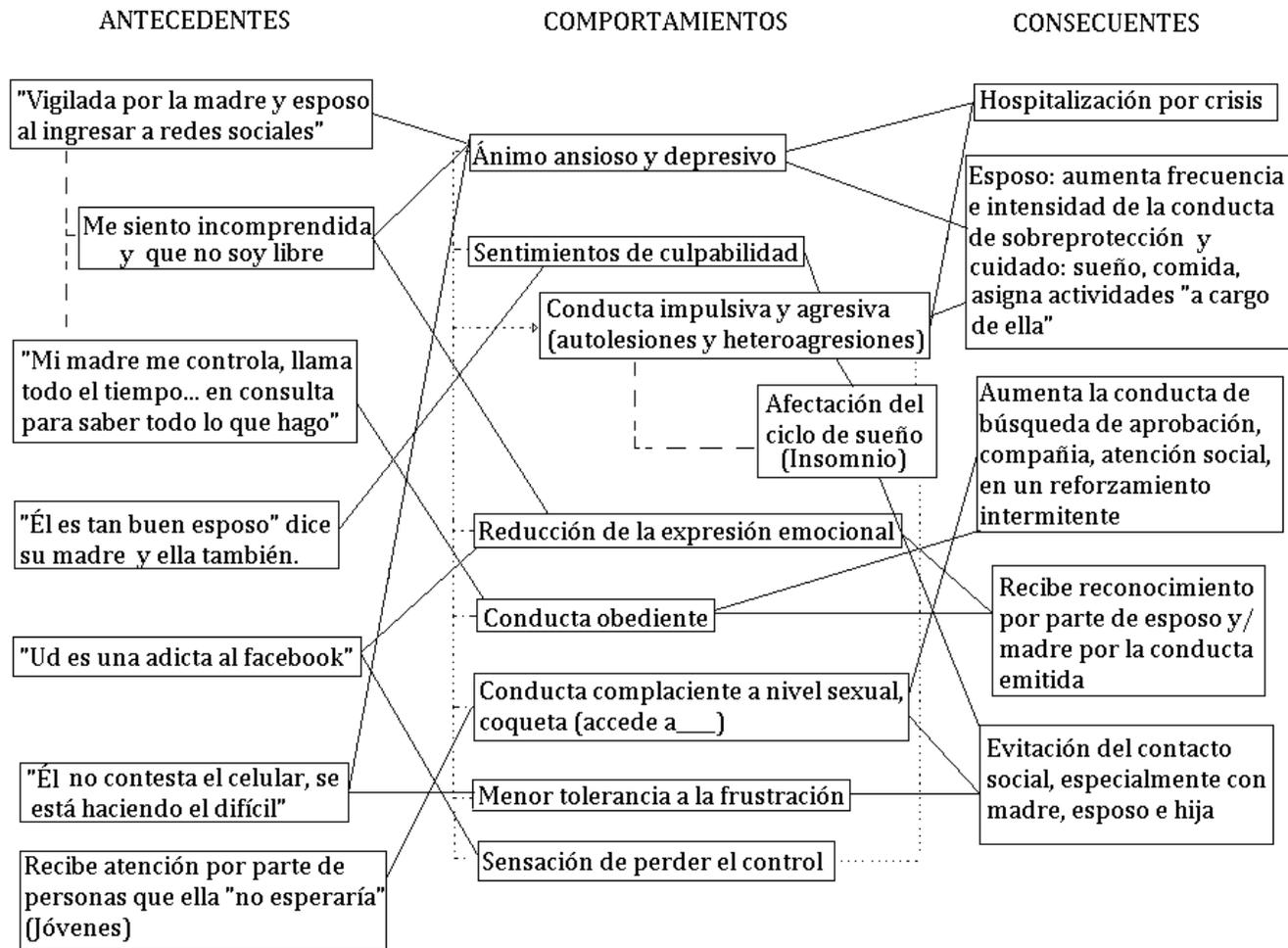
Para el análisis de la conducta y la hipotetización es conveniente utilizar el modelo de contingencias de tres factores, propuesto por Skinner (1981), en el que “un antecedente es la *ocasión* en que un comportamiento va seguido por una consecuencia (reforzamiento)” (p. 137). A continuación se describen las relaciones funcionales de este modelo, aplicadas al caso de Xiomara con los datos hasta ahora planteados sobre sus síntomas de ansiedad, depresión, impulsividad, autoagresión, obediencia extrema, etc. pues permite ver con claridad la relación entre las conductas problema en la vida diaria del cliente, en sesión y en la historia personal (García, Valero, López, 2009). Así, se proponen las siguientes Figuras (Ver Figura 7 y Figura 8) realizadas con base en los análisis conductuales de contingencias de tres factores (ABC).

Figura 7. Análisis por contingencias de tres factores



Fuente: elaborado por Virués- Ortega (2004)

Figura 8. Análisis por contingencias de tres factores (relaciones establecidas por reportes clínicos, observación conductual y autoreportes)



Fuente: Elaborado por Virués- Ortega (2004)

Adicionalmente, al esquema anterior, que explica por sí mismo algunos antecedentes, comportamientos y consecuencias, se presenta a continuación en la Tabla 3. un paralelo no sólo entre las conductas problema y las contingencias de reforzamiento, sino también incluye las reglas que gobiernan dicha conducta problema y las conductas que se buscan promover durante la intervención.

Tabla 3. Paralelo entre conductas problema, contingencias de reforzamiento, regla que gobierna la conducta y conductas a promover.

CONDUCTAS PROBLEMA	FUNCION - CONTINGENCIAS DE REFORZAMIENTO	REGLA QUE GOBIERNA LA CONDUCTA	PROMOVER CONDUCTAS
1. Dificultad en la expresión de necesidades y deseos que contradigan los de otros.	Se mantiene reforzada la no expresión de sentimientos porque implica luchar con otros, desagradarlos.	“No controvertir es mejor, es ser buena mujer, de la casa”	Expresión de sentimientos: “Yo X”. Identificación de lo que siente y quiere.
2. Necesidad de agradar a los demás –complacencia-.	Hay reforzamiento cuando los demás manifiestan deseos que ella puede satisfacer: su esposo no expresa sentimientos, eso aumenta la incertidumbre y dificulta que ella lo complazca, aumentando frustración y favoreciendo crisis.	“Para que me quieran debo hacerlos felices, acceder a sus deseos”. “Para que me amen no debo incomodar a otros, ni causarles problemas, molestias”.	Contacto y tolerancia hacia el hecho de desagradar a otros. Manejar la sensibilidad extrema ante las opiniones de los demás. Conductas mutuas en la pareja, de expresión emocional: claridad en las expectativas.
3. Dependencia de la aprobación de otros a nivel familiar y social para realizar labores o tomar decisiones	La sobreprotección refuerza el comportamiento evitativo, al protegerla de no asumir responsabilidades que la expongan al fracaso y a la frustración.	“Soy incapaz de cuidar de mi misma, me falta criterio para decidir	Autonomía en actuar y pensar, en donde la opinión de los demás no juega un papel central. Actuar acorde a sus valores y

<p>sobre su vida. – Sobreprotección-</p>	<p>Especialmente esposo y madre tratan de que ella no entre en crisis. Esposo no tolera cuando ella se frustra e inmediatamente, le pregunta si se ha tomado la pastilla o le dice que vayan inmediatamente a hospitalización.</p>	<p>entre lo correcto y lo incorrecto”. “Todo tiene que ser perfecto” “Debo ayudar a otras las personas, nadie puede sufrir”.</p>	<p>deseos, independientemente de los de los demás.</p>
<p>4. Obediencia extrema a las normas y reglas morales. No generar conflicto.</p>	<p>Recibe un tipo de reforzamiento arbitrario, tipo tacking, por personas en diferentes círculos sociales en su vida (psiquiatra, madre, esposo, amigos).</p>	<p>“Ser buena, no formar conflictos, incluso cuando vaya en contra de mis necesidades”.</p>	<p>Diferenciar lo que ella quiere y necesita de los demás quieren, y elegir, en pro de su bienestar.</p>
<p>5. Conducta impulsiva que lleva en ocasiones a la auto y heteroagresión.</p>	<p>Se refuerza por la atención que recibe cuando emite este tipo de conductas. Sucede con mayor intensidad y frecuencia cuando hay repetición de conductas No. 1. en las que se le dificulta expresar emociones y no encuentra comprensión, apoyo o aprobación (validación) en otros, especialmente su esposo.</p>	<p>“Veo a todo el mundo tan normal, comportarme así es malo, soy una enferma, esto no está bien”</p>	<p>Contacto y aceptación de eventos privados y abandono de la lucha contra ellos. Mayor tolerancia a la frustración, gracias a la expresión y satisfacción de necesidades personales.</p>

<p>6. Evitación del malestar con conductas que implican la renuncia a sus valores personales.</p>	<p>La conducta evitativa es reforzada constantemente pues remedia su sufrimiento. Su esposo también evita que ella tenga malestar, no prestando atención a lo que ella “trata” de expresar, excepto cuando llega a la autolesión. Las conductas para reducir el malestar: conducta impulsiva, la toma de ansiolíticos (por encima de la cantidad medicada), buscar amigos por facebook, buscar su otra pareja, hospitalización.</p>	<p>“La ansiedad es mala” “Estar siempre feliz es lo normal”. “El esposo cree que lo mejor para ella es que este ‘tranquila’ y que no se hable de problemas”</p>	<p>Hacer contacto con eventos privados evitados, permanecer frente a dichos contenidos y generar con ellos defusión, desliteralización y distanciamiento.</p>
<p>7. Hiperreflexividad y fusión del Yo con contenidos mencionados.</p>	<p>Es el único lugar donde puede ver su vida, analizarla, no públicamente, “de forma privada me entiendo”, y sigo ahí, pensando en ello.</p>	<p>“Hay que pensar antes de actuar, lo mejor es ser racional y analítica”</p>	<p>Promover el desarrollo del Yo contexto.</p>

Fuente: Elaboración propia

En este orden de ideas, queda un poco más organizada la información para el análisis funcional. Además el cuadro anterior permite “abstraer funciones determinantes de las conductas problema y ponerlas al servicio de los valores del cliente” (Luciano y Wilson, p. 101). Aquí, las razones primordiales que mantienen al consultante en la desesperanza creativa son la clave para promover conductas en dirección a lo que importa. A continuación, en Tabla 4. se explica a modo de paralelo los aspectos que le importan al cliente vs. los sentimientos de desesperanza que la aquejan.

Tabla 4. Paralelo que evalúa la correspondencia entre valores personales y sentimientos de desesperanza

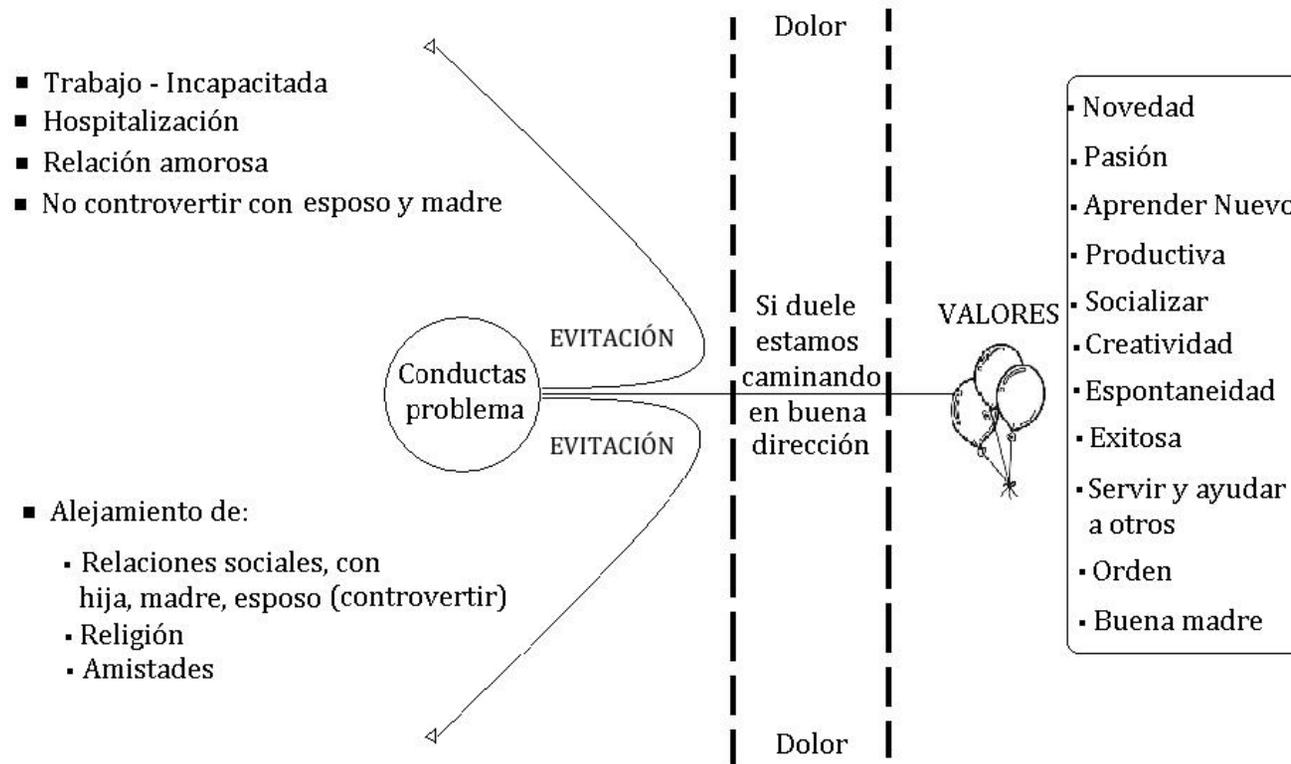
VALORES		DESESPERANZA CREATIVA
FAMILIA Compartir y apoyar	“En realidad sólo cuando hablo con mi hija me motivo, ella me motiva”	“No me importa nadie, estoy sola, como en otro planeta, no le cuento nada a nadie”.
RELIGION Fiel a sus principios	“Hubo una época en que leía mucho la Biblia. Me apasionaba por la iglesia y la Biblia, me sentía apasionada, con una tranquilidad”.	“Ya no vivo acorde con mis principios, me siento culpable, con remordimiento. Además no puedo leer la Biblia, me sentiría muy mal” (evitación).
TRABAJO Ser productiva, generar	“Antes trabajaba y madrugaba, estudiaba lo de leyes, me actualizaba. Prepare el concurso, estudie la noche anterior, aprobé ese examen específico de conocimientos del cargo, fueron 295 preguntas. Me sentía segura. Quisiera ser la de antes, cuando tenía capacidad de expresión oral, hablaba de un tema en público ante dos salones, habían cuatro profesores”.	“No sé ni para qué tipo de trabajo sirvo. Soy una inútil que no soy capaz, he olvidado las cosas, no se me graba nada. He perdido la capacidad de hablar, de expresarme. No me acuerdo de las cosas, me tiemblan las manos” (evitación).
ARTE Ser creativa	“Antes escribía cartas, poesía”.	“Se me olvida lo que voy a decir, nombrar las cosas”
HOGAR Ser ordenada	“Ordenaba todo, cuando limpiaba mi apartamento me sentía bien, satisfecha, orgullosa”.	“Nada me motiva, no me importa si las cosas están bien o mal hechas”
SERVIR Ayudar a otros	“En alguna época de mi vida quise ser psicóloga, me gusta ayudar a las personas, comunidades”.	“Lo que hago es incomodar a los demás. Con mi enfermedad, mi insomnio, la tristeza”.
LIBERTAD Autonomía e independencia.	“Antes manejaba carro, era otra persona. Podía ir a donde quisiera”.	“Se me hace difícil cruzar la calle, veo los carros más cerca de lo que están, estoy controlada en mi casa”.

Fuente: Elaboración propia

Regresando al tema central de la conducta evitativa en relación con los valores, es necesario recordar que “la evitación experiencial no es intrínsecamente negativa sino que llega a serlo cuando, en lugar de realizar acciones valiosas para su vida, la persona se dedica a luchar fútilmente contra sus eventos privados” (Luciano y Hayes, 2001). Por ello precisamente el dolor indica la dirección del trabajo en sesión.

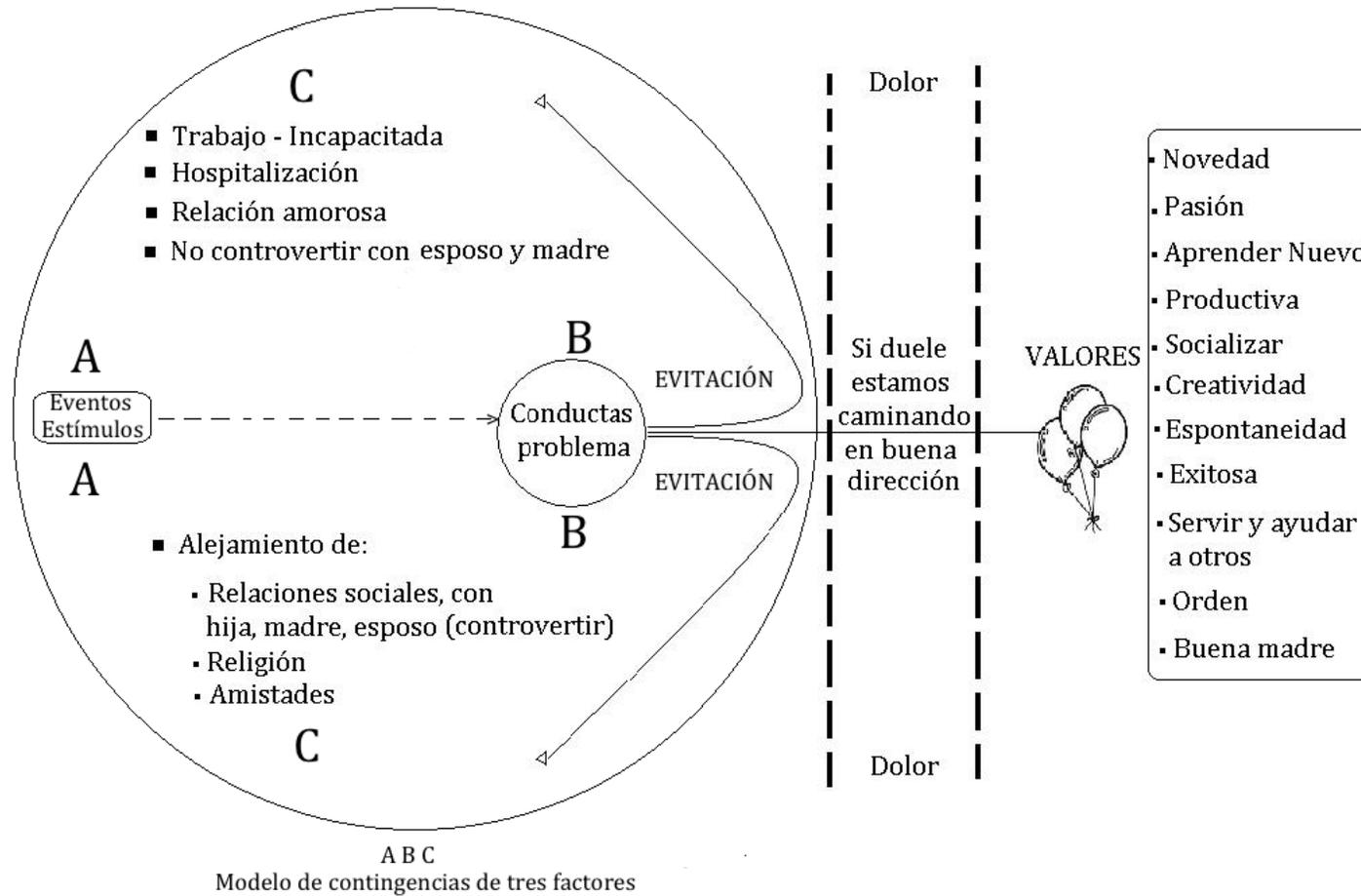
Ahora, avanzando un paso más en el análisis del caso se presentan las siguientes Figuras 9. y 10. las cuales muestran no solo los conceptos relativos a ACT como los valores, la evitación experiencial y las barreras sino también al análisis conductual que incluye el modelo de contingencias tres factores. Y el camino hacia el contacto con las contingencias naturales, que implica atravesar las barreras del dolor y caminar en dirección a los valores.

Figura 9. Análisis del problema de la consultante: conducta evitativa y valores



Fuente: Elaboración propia

Figura 10. Análisis del problema de la consultante incluyendo las contingencias de tres factores ABC



Fuente: Elaboración propia

5. Sesiones dedicadas al establecimiento de objetivos y sus técnicas de intervención.

El objetivo general se puede decir que, como el mismo enfoque lo expone en su nombre, se busca la actuación, dirigirse hacia la acción comprometida. Ahora, con relación a los objetivos específicos han sido explicados en cuadros anteriores cuando se abordaba las conductas a promover, sin embargo, no sobra resaltar que la terapia se dirige a la actuación de la consultante hacia el compromiso con sus valores personales, y hacia el contacto con las contingencias naturales de las acciones, por medio de la adquisición de un nuevo y amplio repertorio de respuestas.

Hasta el momento en sesión se han trabajado los siguientes objetivos: generación de una experiencia de desesperanza creativa, clarificación valores, elección y valoración de una dirección, librarse de los esfuerzos de mantener los síntomas, el control de los eventos privados como problema, desliteralización o desactivación de las funciones verbales.

Falta aún fortalecer los ejercicios experienciales y metáforas que aborden: la separación del Yo contexto y el Yo contenido, estar abierto a los eventos privados y comprometerse con la dirección elegida, exposición a eventos privados, compromiso y cambio de conducta y seguimiento y fortalecimiento

La Tabla 5. propone una formato sobre los objetivos en la terapia y sus respectivos ejercicios, en donde el establecimiento de las metas y objetivos van acorde con las hipótesis formuladas anteriormente.

Tabla 5. Paralelo entre objetivos terapéuticos y algunos ejercicios experienciales en sesión

OBJETIVOS TERAPEUTICOS	EJERCICIOS EXPERIENCIALES METÁFORAS
Establecer el contexto	Metáfora de los escaladores y del viaje.
Evaluación y diagnóstico	Metáfora de conocer el lugar
Generar desesperanza creativa	Metáfora del Hombre en el Agujero
Clarificar valores personales	Metáfora del jardín, educación de los hijos.

Eligiendo y valorando una dirección	Metáfora del dentista.
Librarse de los esfuerzos de mantener los síntomas: exposición vs evitación (contacto con el hecho de desagradar, incomodar)	Ejercicio de cuáles son los números. Exposición experiencial. Metáfora de la Tortuga y de caminar con chinas en los zapatos. Metáfora del invitado grosero.
Control de los eventos privados como problema	La metáfora del polígrafo. Lucha con el monstruo. Dique con agujeros. La radio siempre encendida. Nubes grises.
Desliteralización, desactivación de funciones verbales	Ejercicio del limón. Ejercicio de la leche. Elefante rosado. Chocolate y el hígado.
Toma de perspectiva al contenido con el que esta fusionada, distanciamiento	Metáfora del tablero de ajedrez Ejercicio “observador de sí mismo”. Estar pegado o fundido. Ejercicio de contemplar un cuadro. Metáfora de las gafas
Separación del Yo contexto y el Yo contenido Defusión	Metáfora del autobús. Observación del flujo de pensamientos (rio) Llevar a la mente a pasear. Ejercicio de las tarjetas. Contenidos como contenidos, Contacto con el momento presente –Técnicas de respiración y relajación
Estar abierto a los eventos privados	Ejercicio de mirarse a los ojos
Comprometerse con la dirección elegida y valores	Manejar la bicicleta. Ejercicio fiscalizante de decir “no y hacer si, y decir no y hacer si”. Rata en el laberinto
Compromiso y cambio de conducta	El punto en el horizonte
Seguimiento y fortalecimiento	La metáfora significativa en la vida del consultante.

Fuente: Elaborado por Carrascoso (1999)

Resultados

Algunos de los resultados evidenciados durante el proceso se presentan a continuación junto con los avances y dificultades en sesión y en la vida diaria. De igual forma, la medición del impacto de la terapia se podrá realizar por el momento con el reporte subjetivo de la consultante, pero a largo plazo se puede utilizar el número, la frecuencia y duración de las rehospitalizaciones y otras medidas objetivas, tal como lo afirma García, Luciano, Hernández y Zaldívar (2004).

Con respecto a los resultados, se expone lo sucedido en sesión con las técnicas de respiración implementadas, las cuales utilizan el contacto con el cuerpo y el contexto, como una estrategia para “abrirse a la novedad y conocerse a sí mismo” (Simón, 2006, p. 10). Este conjunto de técnicas permitió abordar la defusión cognitiva partiendo de la sensación corporal y la focalización de la atención en los estímulos externos. Durante la realización de este ejercicio, la consultante manifestó que al encontrar la sensación corporal la perdía casi al instante, y que era difícil para ella conectarse con sensaciones físicas porque lo único que podría hacer era “poner una imagen mental de su cuerpo y creer que estaba sintiendo”, incluso manifestó que su mente continuaba con ideas y recuerdos sobre los problemas. Así, debido a que la fusión con los pensamientos recobraba fuerza durante la realización del ejercicio, se realizó otra variante de las técnicas de relajación para potenciar el Yo contexto, en donde se buscaba enfocar la atención hacia los objetos, sus formas, colores, sonidos, temperatura y olores del lugar.

Este ejercicio realizado en sesión no sólo permitió entrenar a la consultante en la forma de conectarse con el momento presente, sino también facilitó “hacer espacio a los contenidos evitados, reducir la lucha (Wilson y Luciano, 2011) y mantenerse en cierto nivel de defusión. Con este ejercicio Xiomara reportó que a pesar de que sus eventos privados “a veces la sobrepasaban, el ejercicio le daba tranquilidad y bajaba su ansiedad”, el cual no es precisamente el objetivo de la terapia, pero es un signo claro de que la lucha y la evitación hacia determinados contenidos habían disminuido. Fue necesario realizar el ejercicio durante más de 4 sesiones por las dificultades presentadas inicialmente y para promover su realización en la vida diaria.

Por otra parte, con respecto a los valores, en un principio se mostraba confundida, en el sentido de no entender qué significaba encontrar lo valioso y lo importante para su vida (Wilson y Luciano,

2011, p. 97). Generaba la sensación de que hubiese renunciado hace mucho tiempo a imaginar o soñar otro tipo de vida para ella, simplemente para Xiomara esto no era alternativo.

Con metáforas y con cuestionarios para identificar los valores, no se lograba encontrar el lugar en el que ella quería estar, y era primordial identificar hacia dónde dirigir la terapia. Inicialmente, la consultante manifestó que sus valores eran “los de todo el mundo, la familia, el trabajo, la religión”. Sin embargo, manifestó que el dinero *ya no era* un valor, pues sentía que lo había conseguido, dejó de ser un *reto* para ella porque se había esforzado mucho durante varios años y ya no era motivante, podía comprarse lo que quisiera, simplemente no era llamativo. Este aspecto fue clave para identificar uno de sus valores: los retos, el desarrollo y crecimiento en relación con lo que es difícil y requiere esfuerzo, trabajo y dedicación. Encontrar este valor, dio la clave para entender no sólo el interés especial por actividades o situaciones que implicaran un reto, sino también facilitó entender la relación funcional de este valor con conductas problema como la conducta complaciente a nivel sexual con hombres jóvenes, en las que ella manifestaba no poder expresar su rechazo ante ellos.

Sin embargo, no era solamente el miedo al rechazo, Xiomara accedía a los deseos de otros para no sentirse sola o poco amada, de esta forma, llamar la atención de hombres 15 años más jóvenes que ella funcionaba como un reforzador pues se trata de un reto y además se sentía querida, que en palabras de Xiomara “iba a durar poco porque estaba envejeciendo y perdía su belleza”, marcos relacionales que generaban gran impacto en su conducta complaciente. Esta situación con otros hombres, especialmente con Andrés (mencionado anteriormente), actuaba como uno de los reforzamientos sociales más fuertes y estimulantes, debido su intensidad y funcionamiento en la vida de Xiomara. Ahora, ¿Cuál era el funcionamiento de la relación amorosa con Andrés respecto a la conducta de evitación asociada? era una pregunta que se respondería en sesiones posteriores con la realización del siguiente ejercicio, cuya información se encuentra anteriormente en la presentación del estudio de caso.

En el *Dique con agujeros*, un ejercicio experiencial propuesto por Wilson y Luciano (2011), la consultante debía cubrir con sus dedos todos los agujeros (en la pared) con los que estaba luchando para que el agua no inundara su vida (el malestar), los agujeros representaban cada una

de las estrategias de evitación, que ya se habían identificado en sesiones anteriores. Con dificultad fue soltando algunos de los agujeros como la sobre medicación con ansiolíticos, la incapacidad y las hospitalizaciones, sin embargo quedaba un agujero por soltar: su relación amorosa con Andrés. Su ansiedad iba en aumento cuando sentía que esta era una estrategia de evitación que le impedía dedicarse a sus valores (como la independencia y autonomía). Esta metáfora representó para Xiomara, la necesidad de decidir y ver dónde se encontraba ella y dónde se encontraban sus valores.

Los aspectos trabajados hasta el momento en sesión han abarcado los avances relacionados con: generar menor lucha y control hacia los eventos privados que constituían un problema (Ferro, 2000). De igual forma, los avances en la clarificación de valores que habían constituido una gran dificultad al principio, hoy en día son una fortaleza para mantener la dirección de la terapia (Wilson y Luciano, 2011).

A medida que la terapia avanzaba dicho compromiso implicaba decidir cuál camino escoger, el de la evitación o el de sus valores, al ser una elección que también era aversiva para ella por la renuncia a ciertas estrategias que la han mantenido “segura” (distante del malestar que le genera la desaprobación y la sensación de soledad), evitó asistir a la siguiente sesión, manifestando que era difícil para ella pero que sabía en algún punto tenía que hacerlo. Así, para no fortalecer el comportamiento evitativo en la consultante, se han mantenido ejercicios para disminuir la lucha con eventos privados y para aumentar el distanciamiento y la defusión cognitiva, a través de técnicas de exposición que tendrán lugar en la siguiente fase de la terapia.

Finalmente, se puede resaltar que es imprescindible elegir y valorar en una dirección, ya que permite comprometerse con los valores y facilitar la futura consecución de resultados positivos.

Conclusiones y recomendaciones

Como se ha expuesto a lo largo del documento es primordial el trabajo con su esposo, sin embargo este ha sido limitado debido a los constantes viajes y ocupaciones que adquiere (posible conducta evitativa). Pero no deja de ser un objetivo trabajar con él y abordar los aspectos del contexto que se relacionan con la consultante y que fortalecen determinadas conductas evitativas, y debilitan la emisión de nuevas conductas, pues precisamente se busca que Xiomara adquiera un nuevo repertorio de respuestas (Kohlenberg y Tsai, 2007) en situaciones en las que antes respondía con conductas como agradabilidad, complacencia, obediencia, dificultad en la expresión de ideas y emociones, impulsividad, auto y heteroagresividad, entre otras.

Por otra parte, un factor importante a destacar es el papel de la terapia conductual en la prevención de recaídas, tal y como afirman Wilson y Luciano (2011): “para la prevención de recaídas pasaría por practicar la exposición al miedo, a futuros fracasos sobre la base de la exposición a reacciones en fracasos anteriores” (p. 102), especialmente en el caso de los trastornos bipolares por su recidiva (Caicedo, 2010). De igual forma, se considera primordial, fortalecer la psicoeducación pues tiene un papel central en la adherencia al tratamiento (Caicedo, 2010)

Finalmente, con relación a las recomendaciones a la institución, es dar mas cabida la intervención psicológica articulada con la intervención psiquiátrica, ya que se identifica la necesidad de un trabajo interdisciplinario y la importancia de comenzar un trabajo conjunto enfocado a metas comunes con los demás profesionales de la salud mental con los que mantiene contacto, para orientar la intervención en una misma dirección y conseguir así los objetivos con mayor efectividad en un menor periodo de tiempo.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, manifiesto que conozco que el servicio de psicología que ofrece el *Instituto del Sistema Nervioso del Oriente ISNOR*.

Me han informado sobre el proceso terapéutico que se llevará a cabo con la psicóloga en posgrado Natalia Guerrero Solano, cuyo trabajo estará bajo la supervisión directa de un asesor quien tendrá acceso a toda la información que se recoja durante el proceso, guardando reserva absoluta de los datos confidenciales de identificación de las personas allí mencionadas.

Acepto que la información aportada a través de la entrevista psicológica podrá ser usada exclusivamente con fines académicos, protegiendo su identidad e integridad como consultante. También autorizo para el cabal cumplimiento de los objetivos del proceso terapéutico sean aplicadas las pruebas pertinentes y necesarias. Igualmente conozco que tengo derecho a una retroalimentación verbal sobre el proceso psicológico que se llevado a cabo. Igualmente tengo claro que me puedo retirar del proceso en el momento que lo desee y que asumo las consecuencias que ello implique.

Después de haber leído toda la información contenida en este documento y haber recibido del Psicólogo explicaciones sobre la intervención, manifiesto que he decidido autorizar mi participación, intervención libre, consciente y voluntaria en el proceso terapéutico.

En constancia de lo anterior firmo este documento de consentimiento informado el día_____. En presencia de la psicóloga_____.

Consultante

Psicólogo

T.P _____

Psicólogo Asesor

T.P _____

Anexo 2. Historia Clínica

FECHA DE RECEPCION:	DIA	MES	AÑO
NOMBRE:			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		EDAD:	
TELEFONO:		GRADO:	
PROFESION:		OCUPACION:	
ESTADO CIVIL:		RELIGION:	
DATOS DE UNA PERSONA DE CONTACTO:			
Nombre:			
Parentesco:			
Teléfono:			
NOMBRE DEL PSICOLOGO TRATANTE: Natalia Guerrero Solano			
<i>GENOGRAMA</i>			
<i>INFORMACION FAMILIAR</i>			

<i>NOMBRE</i>	<i>PARENTESCO</i>	<i>EDAD</i>	<i>OCUPACION</i>

3. SITUACION ACTUAL DEL PACIENTE

• MOTIVO DE CONSULTA:

LISTADO DE PROBLEMAS

OBJETIVOS TERAPEUTICOS

✓
✓
✓
✓
✓
✓

• OBSERVACION GENERAL DEL CONSULTANTE: Anamnesis

Apariencia:

Actitud:

Afecto:

Lenguaje:

Percepción:

Pensamiento proceso:

Pensamiento contenido:

Juicio raciocinio:

Introspección:

Atención:

- DESCRIPCION DE LA SITUACION ACTUAL: **Funcionamiento en diferentes áreas**

Social

Laboral

Académica

Sexual

Pareja

Nivel afectación

Redes apoyo

Interacción social

Motivacional

Atribución sobre los problemas

Familiar

Dinámica y actitud frente a la familia de origen

Relación del paciente con sus familiares, percepción que tiene de ellos

Conceptualización del paciente Atribuciones y categorizaciones, etc.)

4. ANTECEDENTES PERSONALES

<p>Historia del problema</p> <p>Factores prenatales condiciones físicas y psicológicas de la madre en embarazo)</p> <p>Parto</p> <p>Aspectos relevantes del desarrollo Infancia, adolescencia, edad adulta, adultez mayor)</p> <p>Inicio de la enfermedad</p> <p>Episodios previos similares</p> <p>Tratamientos anteriores y otros actuales</p>
<p>5. ANTECEDENTES FAMILIARES</p>
<p>Enfermedades físicas</p> <p>Enfermedades psiquiátricas</p> <p>Otros eventos relevantes</p>
<p>6. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA</p>
<p>DIAGNOSTICO DSM IV:</p> <p>Eje I</p> <p>Eje II</p> <p>Eje III</p> <p>Eje IV</p> <p>Eje V</p>

7. PLAN DE INTERVENCION

Técnicas acorde a objetivos terapéuticos

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

FECHA DE SESION

SEGUIMIENTO TERAPEUTICO

Otras observaciones

Anexos 3. Cuestionarios del enfoque ACT tomados de Harris (2009)

CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN (Traducción de AAQ de Hayes et al. 1999)*

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, valore hasta qué punto es cierta o se cumple en usted cada una de tales afirmaciones. Use la siguiente escala para responder (desde “nunca se aplica a mí hasta siempre es cierto o siempre se aplica a mí”).

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es es cierto para mí	Muy raramente	Raramente es cierto	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

1.- Soy capaz de hacer frente a un problema incluso si no estoy seguro de qué es correcto hacer ____

2.- A menudo me sorprende a mí mismo soñando despierto sobre cosas que he hecho y también sobre lo que haría de otro modo en una próxima vez ____

3.- Cuando me siento deprimido o ansioso soy incapaz de cuidar de mis responsabilidades ____

4.- Casi nunca me preocupo de tener mis ansiedades, preocupaciones y sentimientos bajo control ____

5.- No tengo miedo de mis sentimientos ____

6.- Cuando evalúo algo negativamente, habitualmente reconozco que es sólo una reacción personal y que eso que evalúo como negativo no es algo objetivamente negativo ____

7.- Cuando me comparo con otras personas, me parece que la mayoría manejan su vida mejor de lo que lo hago yo

8.- La ansiedad es mala ____

9.- Si ahora, por arte de magia, pudiera eliminar todas las experiencias dolorosas que he tenido en mi vida, lo haría ____

TOTAL

Las puntuaciones en ítems 1, 4, 5 y 6 se han de considerar inversas. Por ejemplo, si en el ítem 1 se ha puntuado 5 (frecuentemente es cierto), se ha de transformar en 3 puntos, y si se ha puntuado en 1, entonces equivale a 7 puntos.

EL OJO DEL TORO

TUS VALORES: Qué quieres o quisieras estar haciendo con tu tiempo en este planeta? Que clase de persona quieres ser? Que fortalezas personales o cualidades quieres desarrollar? Por favor escribe algunas palabras debajo de cada frase:

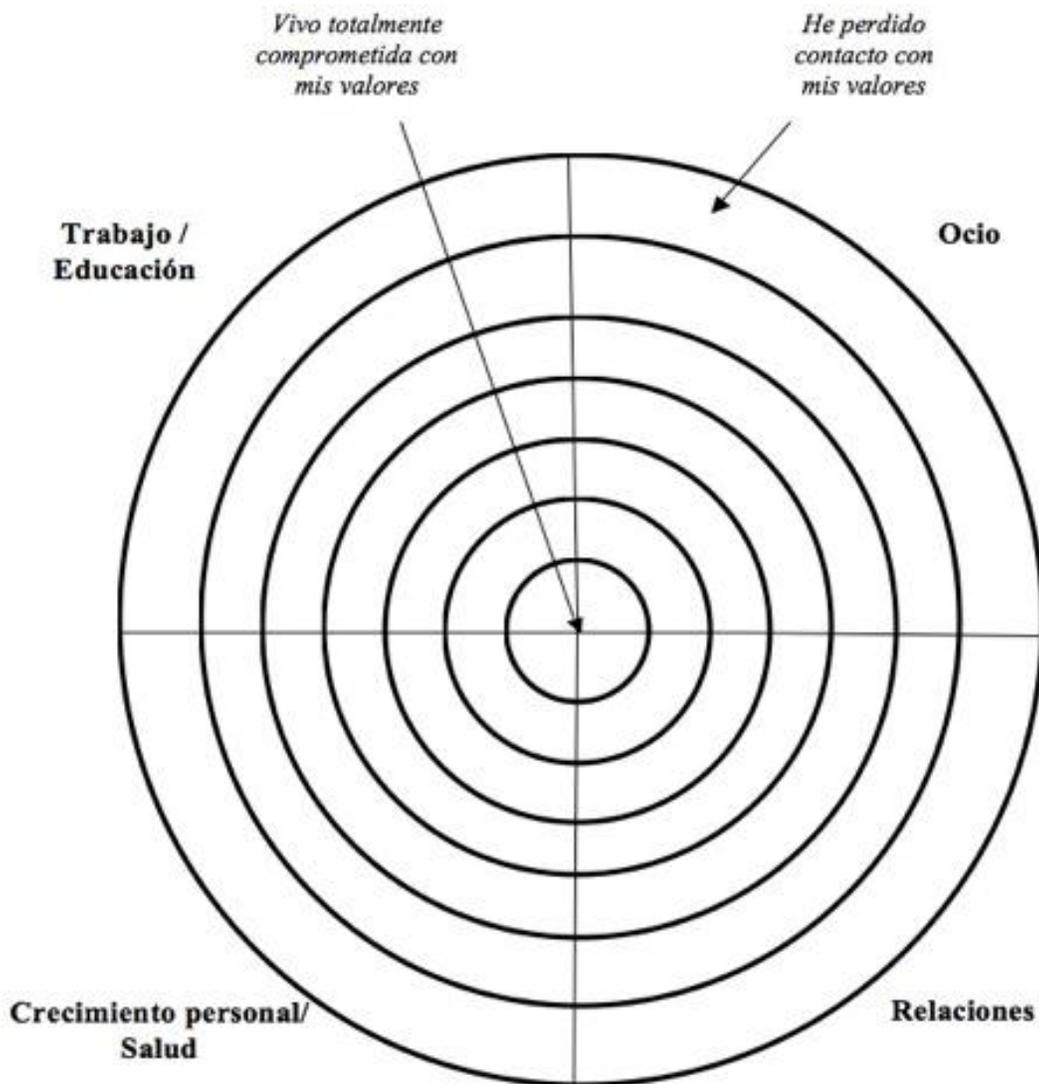
1. Trabajo o educación: incluye lugar de trabajo, carrera, educación, habilidades a desarrollar.

2. Relaciones: incluye tu pareja o compañero, hijos, padres, familiares, amigos o compañeros de trabajo, pares.

3. Crecimiento personal / salud: puede incluir religión, espiritualidad, creatividad, habilidades para la vida, meditación, yoga, naturaleza, ejercicio, nutrición, y/o dirigirse a factores de riesgo para la salud.

4 .Ocio: como juegas, te relajas, disfrutas el tiempo contigo mismo; actividades para descansar, recreación, diversión y creatividad.

El OJO DEL TORO: Has una X en cada área del tablero de dardos, para representar donde te ubicas hoy:



FORMULARIO NARRATIVO DE VALORES (HAYES)

Genera una narración breve de cada área sobre la base de la discusión con el terapeuta sobre lo que tú valoras. Si algún área no es aplicable a tus valores simplemente se deja en blanco. Después de haber narrado las direcciones valiosas, es importante hablar de ellas para clarificar.

AREA	NARRACIÓN DE LA DIRECCION VALIOSA
Relaciones intimas/pareja	
Relaciones familiares	
Relaciones sociales	
Trabajo	
Educación y formación	
Ocio	
Espiritualidad	
Ciudadanía Comunidad- Servicio	
Salud / bienestar físico	

FORMULARIO DE ESTIMACION DE VALORES

Terapia de aceptación y compromiso aplicada a un estudio de caso

Estime la importancia que cada área tiene para usted en una escala de 1 (muy importante) a 10 (poco importante). Estime también el grado de satisfacción con que ha vivido en cada una de las áreas durante el pasado mes, en una escala de 1 (muchísima satisfacción) a 10 (poca satisfacción). Ponga por orden las direcciones valiosas de acuerdo con la importancia que tienen para usted, indicando con un 1 la dirección que más importancia tenga para usted, o sea, a la primera, y así sucesivamente.

AREA	NARRACION DE LA DIRECCION VALIOSA	IMPORTANCIA 1-10	SATISFACCION 1-10	ORDEN
Relaciones íntimas / pareja				
Relaciones familiares				
Relaciones sociales				
Trabajo				
Educación y formación				
Ocio				
Espiritualidad				
Ciudadanía				
Salud / bienestar físico				

FORMULARIO DE METAS ACCIONES Y BARRERAS

Dado el listado de direcciones valiosas, ahora se trata de trabajar para generar objetivos (eventos realistas) y acciones (pasos concretos) que manifiesten dichos valores. Luego, preguntando y por ejercicios, se identifican los eventos psicológicos que se interponen entre el cliente y su movimiento en dirección a sus valores. Si el cliente presenta eventos o hechos públicos como barreras, se reformulan en términos de objetivos y se sitúan en recorridos valiosos (las áreas pueden variar de las planteadas originalmente). Entonces volver sobre las acciones y las barreras relevantes para esos objetivos de la misma forma

AREA	DIRECCION VALIOSA	OBJETIVOS	ACCIONES	BARRERAS
Relaciones intimas / pareja				
Relaciones familiares				
Relaciones sociales				
Trabajo				
Educación y formación				
Ocio				
Espiritualidad				
Ciudadanía				
Salud / bienestar físico				

CUESTIONARIO II (FORMATO CERRADO)

A continuación le pedimos que responda a las siguientes afirmaciones teniendo en cuenta que no hay modo de responder que sea mejor que otro. Aquí lo que interesa es lo que usted piensa. Le pedimos, entonces que responda del modo mas personal y autentico que pueda. Por favor, lea atentamente cada afirmación y valore con un numero desde 0 hasta 10 si considera que las razones que en cada caso se señalan para hacer o no hacer algo son plenamente validas para usted.

AFIRMACION	PUNTUACION DE 0 A 10
1. Pedro no va a trabajar porque se siente muy triste	
2. Manuel se siente agobiado y por ello decide aplazar el examen para la próxima convocatoria	
3. Silvia esta muy animada y por eso ha organizado reunión con sus amigos.	
4. Ramón era muy amable con sus hermanos solo si estaba de buen humor	
5. María iba a comenzar a estudiar pero lo ha dejado porque la han invitado a una fiesta	
6. Se ha levantado con poco animo y por eso no va a estudiar	
7. Eduardo sale con sus amigos porque esta contento.	
8. Miguel solamente sigue la prescripción medica de caminar diariamente si se encuentra con ganas.	
9. Margarita se siente culpable, con frecuencia de los enfados de su hijo y por ello se comporta dándole lo que quiere.	
10. Pepe suele contestar mal cuando esta enfadado.	
11. Juana es muy voluntariosa y por es hace buenas obras.	
12. María no sale apenas porque es muy tímida.	
13. Ernesto fue maltratado en su infancia, y por ello, abusa de su pareja.	

Sume las puntuaciones (máximo 130) y calcule el porcentaje de credibilidad en las razones dadas como relevantes para las acciones

Suma de puntuaciones: _____

Porcentaje de credibilidad: _____

REGISTRO DE MALESTAR Y ACCIONES VALIOSAS

Al final de cada día o semana, valore las siguientes dimensiones:

1. Presencia e intensidad del malestar (indicar el que corresponda a cada cliente).

Por ejemplo, ansiedad, depresión, preocupación.

De 1 (a penas frecuente) a 10 (muy frecuente): _____

De 1 (poca intensidad) a 10 (mucho esfuerzo): _____

2. ¿Cuánto esfuerzo ha empleado para eliminar el malestar?

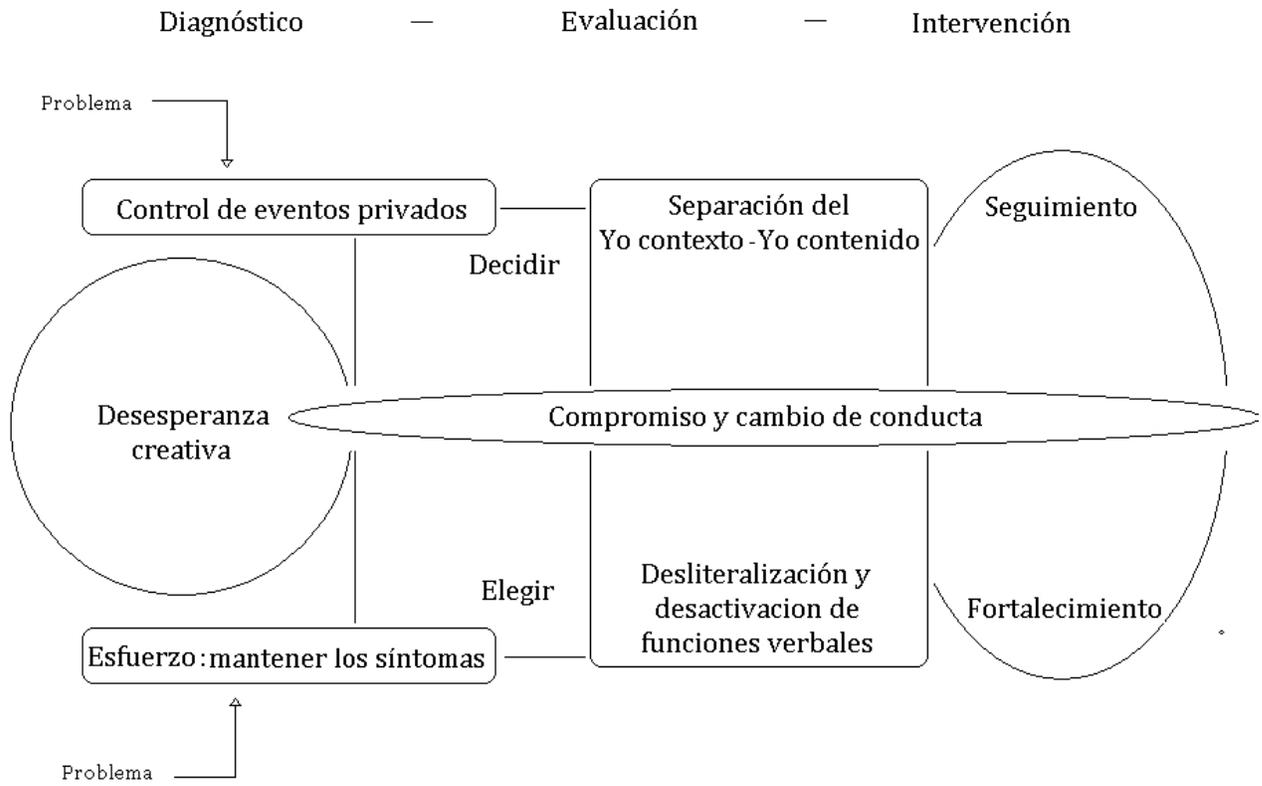
De 1 (ningún esfuerzo) a 10 (mucho esfuerzo): _____

3. Valore hasta que punto ha sido fiel en lo que ha hecho con lo que le importa en los distintos ámbitos de su vida (valorar globalmente por áreas importantes):

De 1 (nada fiel) a 10 (muy fiel a lo que importa): _____

4. Si tuviera que hacer una valoración del día pensando en el significado que tienen las acciones acometidas este día (u otro periodo) para lo que es realmente importante en su vida ¿Cuál sería su valor?

De 1 (nada valioso para lo que me importa) a 10 (muy valioso): _____



Referencias

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

Ballesteros, B., Novoa, M., Caycedo, C., García, D. (2006). Análisis funcional de casos de conductas de juego en niños y jóvenes de Bogotá, Colombia. *Adicciones*, 18(1), 73-86.

Barnes-Holmes, D. (2013). Relational Frame Theory: A brief introductory Tutorial. Seminario de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, p. 5-7.

Caicedo, S. (2010). *Efectividad de una intervención psicoeducativa en la adherencia al tratamiento en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), en la ciudad de Medellín* (Tesis de maestría). Universidad de Antioquia, Antioquia, Colombia.

Carrascoso, F. (1999). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema*, 11(1), 1-12.

Ferro, R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, 12(3), 445-450.

García, J., Luciano, C., Hernández, M. y Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16(1), 117-124.

García, R., Valero, L., López, M. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la psicoterapia analítica funcional. *Papeles del psicólogo*, 30(3), 255-264.

Harris, R. (2009) ACT made simple: an easy to read primer on acceptance and commitment therapy. Canadá: New Harbinger Publications, Inc.

- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (2008). *Psicoterapia Analítica Funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Colección Ciencia Biomédica. Universidad de Málaga.
- Kohleberg, R. J., Tsai, M., García, 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.
- López, M., Ferro, R., Valero, L. (2010). Intervención en un trastorno depresivo mediante la psicoterapia analítica funcional. *Psicothema*, 22(1), 92-98.
- Luciano, C., Paez-Blarrina, M., y Valdivia, S,. (2010). La terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategias de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 141-165.
- Luciano, C. y Valdivia (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Ruiz, F. (2006). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para el incremento del rendimiento ajedrecístico. Un estudio de caso. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 77-97.
- Pérez-Álvarez, M. (2003). *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*. Madrid: Editorial Universitas.
- Simón, M. (2006). Mindfulness y neurobiología. *Mindfulness y psicoterapia*, 17(2), 5-30.

Skinner, B. F. (1981). *Conducta Verbal*. México: Editorial Trillas.

Skinner, B. F. (1974). *Sobre el conductismo*. España: Ediciones Martínez Roca

Skinner, B. F. (1974). *Sobre el conductismo*. España: Ediciones Martínez Roca

Vargas-Mendoza, J. E. (2006). *Bases de la teoría de los marcos relacionales: Apuntes para un seminario*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología.

Velasco y Quiroga (2001). Formulación y solución de un caso de abuso de alcohol en términos de aceptación y compromiso. *Psicothema*, 13(1), 50-56.

Virués-Ortega, J. (2004). Análisis funcional y tratamiento de un paciente con graves problemas de conducta diagnosticado de trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 207-232.

Wilson, K. y Luciano, M. (2007). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Editorial Pirámide.