

**INTERVENCIÓN CLÍNICA DESDE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y
COMPROMISO: ESTUDIO DE CASO**

KAREN STEFANY SANCHEZ ROJAS

**ASESOR
JAIRO ÁVILA LÁZARO**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
SECCIONAL BUCARAMANGA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

2019

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN GENERAL DE LA MONOGRAFÍA.....	6
INTRODUCCIÓN	7
MARCO CONCEPTUAL	9
JUSTIFICACIÓN	15
OBJETIVOS	19
OBJETIVO GENERAL	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
METODOLOGÍA	20
Participante	20
Instrumentos	22
Procedimiento	24
RESULTADOS	38
RESULTADOS EVALUACIÓN PRE-TEST	38
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN POST-TEST	43
RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	47
DISCUSIÓN.....	50
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS.....	56

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Resumen del proceso psicoterapéutico	24
Tabla 2. Resultados cuantitativos depresión estado y depresión rasgo (IDER).....	38
Tabla 3. Resultados cuantitativos ansiedad estado y ansiedad rasgo (IDARE).....	38
Tabla 4. Resultados cuantitativos de la escala de estrategias de Coping.....	39
Tabla 5. Resultados cuantitativos del inventario clínico multiaxial de Millon.....	39
Tabla 6. Resultados cuantitativos del inventario de aceptación y acción (AAQ)	42

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Resultados de la evaluación pre-test y post-test (IDER)	43
Figura 2. Resultados de la evaluación pre-test y post-test (IDARE).....	44
Figura 3. Resultados de la evaluación pre-test y post-test Coping.....	45
Figura 4. Resultados de la evaluación pre-test y post-test AAQ.....	47

LISTA DE ANEXOS

Anexo a. Consentimiento informado.....	67
Anexo b. Historia clínica	69
Anexo c. Formato de entrevista.....	77
Anexo d. Formato de autoregistro	78
Anexo e. Inventario de depresión estado/rasgo IDER.....	79
Anexo f. Inventario de ansiedad estado/rasgo IDARE.....	80
Anexo g. Escala de estrategias de Coping EEC M.....	82
Anexo h. Cuestionario de personalidad de Millon MCMI II.....	85
Anexo i. Cuestionario de aceptación y acción AAQ.....	91
Anexo j. Estudio de caso.....	92
Anexo k. Seguimiento sesión a sesión.....	112

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN CLÍNICA DESDE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO: ESTUDIO DE CASO

AUTOR(ES): KAREN STEFANY SANCHEZ ROJAS

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): JAIRO ÁVILA LÁZARO

RESUMEN

La presente monografía tuvo como objetivo diseñar un plan de intervención desde la terapia de aceptación y compromiso en un estudio de caso clínico en la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana en Piedecuesta/Santander. Se dispusieron dos sesiones de evaluación conductual y 10 sesiones de tratamiento. Asimismo, se empleó el Inventario de Depresión Estado- Rasgo (IDER), Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE), Escala de Estrategias de Afrontamiento Coping – modificada (EEC-M), Inventario Clínico de Personalidad de Millon (MCMI-II), Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ). En los resultados se evidenció una disminución de los síntomas de la variable distimia como rasgo, así como en la variable ansiedad rasgo, respecto de las estrategias de afrontamiento se evidencian mejorías en el uso de la búsqueda de apoyo social, así como la disminución en uso de la estrategia reacción agresiva, de igual forma se refleja una tendencia leve o baja de evitación experiencial.

PALABRAS

CLAVE:

Aceptación, Compromiso, Evitación, Valores, Actuar

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: CLINICAL INTERVENTION FROM THE THERAPY OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT: CASE STUDY

AUTHOR(S): KAREN STEFANY SANCHEZ ROJAS

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: JAIRO ÁVILA LÁZARO

ABSTRACT

The objective of this monograph was to design an intervention plan based on acceptance and commitment therapy in a clinical case study at the Projection Center of the Pontificia Bolivariana University in Piedecuesta / Santander. There were 2 behavioral assessment and 10 treatment sessions. In addition, State-Trait Depression Inventory (IDER), State-Trait Anxiety Inventory (IDARE), Modified Coping Strategies Scale (EEC-M), Millon's Clinical Personality Inventory (MCMI-II) and the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) were used. The results showed a decrease in the symptoms of the variable dysthymia as a trait, as well as in the trait anxiety variable, with respect to the coping strategies, improvements in the use of the search for social support are evidenced, as well as the decrease in use of the aggressive reaction strategy, likewise reflects a slight or low tendency of experiential avoidance.

KEYWORDS:

Acceptance, Commitment, Avoidance, Values, Act

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

El presente trabajo monográfico se basará en el proceso terapéutico a realizar en la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga. De acuerdo con las normas institucionales, se pretende atender de manera humanitaria las necesidades de la comunidad construyendo y prestando de manera oportuna los servicios de psicología. De esta forma, se busca orientar y desarrollar procesos de intervención clínica a la comunidad de Piedecuesta y sus alrededores. Para su desarrollo, se propone la terapia de aceptación y compromiso desde el modelo cognitivo conductual de tercera generación para los procesos de evaluación e intervención. Respecto del estudio de caso, la consultante seleccionada para el desarrollo del mismo, dada su historia familiar y vínculos relacionales actuales con su sistema filial, así como las problemáticas que se han presentado en su relación afectiva y el detrimento en sus relaciones interpersonales han generado sintomatología o características de ansiedad y depresión que le lleva a conductas de evitación experiencial, de manera que desde el modelo en el cual se base el presente caso de estudio, se explica el comportamiento humano en términos interactivos, contextuales y funcionales puesto que no existe un déficit en la persona sino que esta se encuentra en unas situaciones de problema derivadas de la interacción con el contexto a partir de su propia historia.

Marco conceptual

*“No se trata de evitar el dolor, porque el dolor es inevitable;
se trata de escoger las consecuencias”*

Maurice Maeterlinck

El trastorno de evitación experiencial (TEE), es el antónimo de la aceptación psicológica, dado que ocurre cuando una persona no está dispuesta a mantener contacto con determinadas experiencias privadas vividas aversivamente (sensaciones corporales, emociones, estados, imágenes, pensamientos, recuerdos o predisposiciones conductuales), y en consecuencia se comporta deliberadamente para intentar cambiar la forma o la frecuencia de los eventos psicológicos, incluyendo el contexto que los provocan aun cuando dichas formas de evitación conduzcan a problemas conductuales (Butler & Ciarrochi, 2007; Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). Así, a corto plazo dicho patrón comportamental es efectivo en tanto que aplaca y/o alivia el malestar o experiencia negativa; sin embargo, al generalizarlo se torna paradójico al expandir las experiencias negativas llegando producir limitantes en la vida; es decir, la persona cae en una trampa verbal al dar razón a la regla de evitación teniendo en cuenta las contingencias pasadas pretendiendo hacer lo que cree correcto y porque está presente el resultado inmediato de disminución de la función aversiva. Básicamente, la persona recrea una solución que es en realidad el problema y es en este marco donde al intentar sentirse mejor y lograr sentirse peor, funciona el ciclo de la estrategia de evitación experiencial como fenómeno destructivo (Luciano y Hayes, 2001; Luciano y Valdivia, 2006; Wilson & Soriano, 2014).

De esta forma, la evitación experiencial conductual, cognitiva y/o emocional se encuentra en la base de los trastornos mentales (Barajas, 2014), dado que diversas formas de psicopatología agrupadas en los sistemas de clasificación sindrómicos como el DSM y la CIE, podrían conceptualizarse como múltiples formas de evitación no saludable, puesto que dichos sistemas clasifican los síndromes teniendo en cuenta el componente cognitivo, los estímulos, circunstancias, forma y contenido ante los cuales reacciona un ser humano; sin embargo el elemento en común es que la conducta se centra en el patrón de evitación experiencial, de manera que personas con “trastornos” nombrados de diversas formas, funcionalmente su conducta obedece a la lucha o trabajo para evitar, eliminar o suprimir sus eventos privados vividos aversivamente y considerados obstáculos o barreras para su vida (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996; Wilson & Soriano, 2014).

De acuerdo a diferentes estudios el trastorno de evitación experiencial ha sido ampliamente detectado en el abuso de sustancias psicoactivas y alcoholismo (Hayes et al., 2002; Luciano Barnes & Barnes, 2002; Martlatt, 1994; Wulfert, 1994; Luciano, Gómez, Hernández y Cabello, 2001), el trastorno obsesivo compulsivo (Gold & Wegner, 1995; McCarthy & Foa, 1990), el trastorno límite de personalidad (Linehan, 1993; Strosahl, 1991) el trastorno de pánico, la agorafobia y la ansiedad generalizada (López, 1999; Craske, Street y Barlow, 1989; Forsyth, 2000; Luciano y Gutiérrez, 2001; Zaldivar y Hernández, 2001), depresión (Dougher & Hackbert, 1994; Zettle & Raines, 1989; Zettle & Hayes, 1986; Luciano & Huertas, 1999), el trastorno mixto de ansiedad y depresión (Rivero & Rodríguez, 2016), bulimia (Nash & Farmer, 1999), parafilias (Lo-Piccolo, 1994), síntomas psicóticos (García & Pérez, 2001), el juego patológico (Labrador y Fernández, 1998), el suicidio, estrategia de evitación final (Chiles y Strosahl, 1995), el maltrato sexual (Follette, 1994; Polusny & Follette, 1995), terapia de parejas (Koerner,

Jacobson y Christensen, 1994; Berns, Jacobson y Christensen, 2000), trabajo con figuras de autoridad en niños mentalmente retrasados (Biglan, Lewin y Hops, 1990), atención a la vejez (McCurry y Schmidt, 1994), en el dolor crónico (Dahl, Nilsson y Wilson, 2002; Luciano Visdómine, Gutiérrez & Montesinos, 2001), estrés laboral (Bond y Bunce, 2000) y en la terapia de apoyo psicológico a pacientes de cáncer (Montesinos, Hernández y Luciano, 2001). De esta manera, el trastorno de evitación experiencial es concebido como una dimensión funcional base de numerosos trastornos, puesto que es la misma conducta de evitación, a través del reforzamiento negativo la que fortalece la subsecuente conducta de evitación del evento a evitar (Álvarez, 2014; Wilson & Soriano, 2014).

Dicha respuesta psicológica ha sido ampliamente estudiada e investigada por las denominadas terapias psicológicas de tercera generación (TTG), basadas en el contextualismo funcional planteado por Hayes (2004). Esta filosofía de la ciencia según Gifford y Hayes, (1999); Hayes, (1993), explica un evento de forma holística (como un todo), sensible al contexto para entender y explicar su naturaleza y función. Dentro del grupo de terapias que conforman la tercera ola, se encuentra el modelo de Terapia de Aceptación y compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy*) o ACT (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hayes y Strosahl, 2004; Hayes y Wilson, 1994; Luciano, 1999; Luciano, 2001; Luciano y Valdivia, 2006; Wilson & Luciano, 2002), siglas que enfatizan la palabra *actuar* como lo esencial dentro del modelo (Wilson & Luciano, 2002) basándose este, en la Teoría de los Marcos Relacionales del lenguaje y la cognición humana (TMR), la cual afirma que los seres humanos aprenden a construir relaciones arbitrarias entre eventos y, en función de esas relaciones, a contestar a unos eventos en términos de otros (Hayes, Barnes & Roche, 2001; Páez & Gutiérrez, 2012).

De modo que, la TMR permite explicar la transformación de funciones psicológicas clínicamente relevantes sin condicionamiento directo (Barnes, Barnes, McHugh & Hayes, 2004; Dougher, Hamilton, Fink, & Harrington, 2007; Luciano, Valdivia, Cabello & Hernández 2009; Valverde, Luciano & Barnes, 2009), dicha transformación implica que la función que tenga un estímulo puede cambiar la función de todo aquel otro con el que se relacione, esto teniendo en cuenta que las funciones están contextualmente controladas, de manera que es posible modificar el contexto de las redes relacionales sin cambiar el contenido, siendo esto último la metodología clínica de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Páez & Gutiérrez, 2012), en la cual se basa el presente estudio.

De acuerdo a Fernández, García y Crespo, (2012); Hayes et al., (2006), ACT es una forma de psicoterapia experiencial, conductual y cognitiva que entiende que el sufrimiento es universal y su causa principal es la intromisión del lenguaje en áreas en las que no es funcional o no es útil (Barajas, 2014; Wilson & Luciano, 2002), de esta forma, ACT busca incrementar la flexibilidad psicológica, suscitando el contacto y la capacidad para experimentar recuerdos, pensamientos, sensaciones, sentimientos e imágenes tal como estos eventos se dan a la consciencia, sin intentar evitarlos, suprimirlos, controlarlos, juzgarlos o analizarlos (Álvarez, 2014), de manera que se genere un repertorio flexible de acciones dirigidas a avanzar hacia objetivos o metas incorporadas en direcciones valiosas para la vida, y no en función de la existencia o inexistencia de los estados cognitivos y emocionales percibidos como negativos (dolor, ansiedad, miedo, tristeza, entre otros) (Luciano & Valdivia, 2006).

En consecuencia, el objetivo de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), no es la regulación emocional ni el contenido cognitivo o la supresión y eliminación de los síntomas sino la flexibilidad psicológica (Álvarez, 2014), de tal forma que la persona se dirija hacia un sentido

de vida con más valor como un compromiso con la vida misma y con lo que esta lleve consigo, es decir, en un contexto en el cual los eventos privados percibidos como desagradables suponían un obstáculo, no lo sigan suponiendo, esto según la historia personal e individual (Blackledge & Hayes, 2001; Wilson & Luciano, 2002). Básicamente, ACT promueve que sean los valores mismos quienes guíen la conducta y no los eventos privados, es comprometerse con los valores de uno (Luciano, Valdivia, Gutiérrez, & Páez, 2006; Wilson & Luciano, 2002).

Así pues, el planteamiento terapéutico de ACT contiene dos principios a modo de resumen de acuerdo a Luciano, Rodríguez y Gutiérrez (2004), 1) facilitar el esclarecimiento de los valores y su compromiso de acción para con estos 2) facilitar la defusión respecto de los eventos privados presentes en la actuación valiosa, desactivando las funciones de evitación y en consecuencia experimentarlos desde la persona misma como contexto de todas las experiencias. Dicho proceso se lleva a cabo mediante la desesperanza creativa, con la cual se le facilita a la persona experimentar la disonancia entre sus valores (lo que quiere), lo que hace y las consecuencias de su conducta, de manera que dé cuenta de lo que consigue a corto y largo plazo respecto de las soluciones centradas en la evitación del malestar, asimismo, el esclarecimiento de valores da sentido a la vida del(la) consultante de forma tal que estos guían las acciones en presencia de eventos privados dolorosos, así como la consciencia plena a dichos contenidos privados sin resistencia (Ferro, 2000; Páez & Gutiérrez, 2012; Wilson & Luciano, 2002).

En consecuencia, la terapia de aceptación y compromiso es una terapia conductual, analítica, radical, contextual y funcional (Hayes, Stroschal & Wilson, 1999), tomando como esencia el actuar (ACT) en el compromiso que se tiene con la vida propia, en dirección a lo que se considera significativo o valioso, mostrándose eficaz en diversos estudios y ensayos controlados para el tratamiento del ejercicio crónico y persistente de eliminación de los eventos privados

(trastorno de evitación experiencial), para la ansiedad, la depresión, los delirios, entre otras, (Blarrina, 2012; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004; Luciano, 2001; Luciano & Gutiérrez, 2001; Rondan, 2012; Vildaraga, Hayes Atkins, Bresee & Kambis, 2013).

Justificación

A comienzos de los años 50 inicia la llamada revolución cognitiva según Miller (2003), tomando auge autores como Bruner (*Study of Thinking*), Chomsky (*Syntactic Structures*) y Skinner (*Verbal Behavior*). A mediados de los años 50 mientras la revolución cognitiva redefinía la psicología, planteando que los principios del aprendizaje eran insuficientes y restrictivos y por ende debían haber otros enfoques, desarrolló la teoría del aprendizaje social y el enfoque cognitivo, clasificando este último en técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de manejo de situaciones y técnicas de solución de problemas (Fernández, García y Crespo, 2012). Dichas terapias surgieron en esta ola cognitiva y actualmente son ampliamente usadas como la terapia racional emotiva de Albert Ellis y la terapia cognitiva de Aron Beck, las cuales marcaron la época y dieron paso a lo que hoy se identifica como segunda generación.

Ahora bien, la historia parece explicar que a lo largo de los años se ha pasado de un extremo al otro, los conductuales insistían en trasladar el objeto de la psicología de la mente a la conducta y los cognitivos lo opuesto, volver a los contenidos mentales como finalidad; según Belloch, Sandín y Ramos (2012), desde el punto de vista psicológico la controversia se enfoca en la aparente incompatibilidad entre los principales modelos terapéuticos, el conductual y el cognitivo, siendo para esta autora un reflejo de equipos de trabajo metodológicamente diferentes, en lugar de dos procedimientos científicos diferentes con explicación, objeto, descripción y predicciones de la psicopatología independiente. Entonces, ¿Supone realmente en psicopatología la denominada “revolución cognitiva” un cambio de paradigma, o únicamente una reconsideración metodológica dentro de la psicología conductual actual?

En consecuencia, dentro de las terapias de conducta se encuentran las llamadas terapias de tercera generación basadas en la Teoría de los Marcos Relacionales (TMR), y el contextualismo

funcional propuesto por Hayes (2004a), definiendo que deliberadamente eliminar, reducir o modificar el contenido de los eventos privados como los pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos y sentimientos que han sido asociados aversivamente lleva a la persona a lo que ha sido definido como trastorno de evitación experiencial (Luciano & Hayes, 2000).

Estas terapias en contraposición al modelo de salud mental mecanicista e internalista, se muestran sensibles al contexto y a las funciones del evento privado más que a su forma, de modo que se tienda a resaltar la función que cumplen las estrategias de cambio experienciales y contextuales (Hayes, 2004a y b). Así, la variable de interés en estas terapias se relaciona directamente a procesos como los valores personales que orientan la activación conductual, la interacción concebida en el proceso de terapia, la atención al *self* o sí mismo y constante búsqueda del contacto con el momento presente (Hayes, et al., 1999; Luciano, 2001; Pérez, 2001; Wilson y Luciano, 2002).

Uno de los modelos de terapia perteneciente a la tercera ola es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la más completa de las nuevas terapias contextuales, interesada en el acercamiento descriptivo de la conducta en su entorno en vez de las causas del mismo, de manera que las intervenciones dirigen su foco en la función psicológica del evento privado interviniendo en la alteración de los contextos verbales en los cuales los contenidos psicológicos resultan problemáticos; es decir, interesa identificar las relaciones funcionales (patrones de covariación), que unen probabilísticamente cambios conductuales y ambientales, puesto que se asume que la conducta no puede ser explicada sin el contexto, dado que son dichas relaciones funcionales más el contexto lo que permite predecir y modificar la conducta (Encinas & López, 2014; Hayes et al., 1999; Luciano, Rodríguez & Gutiérrez, 2004).

Esto, por medio de metáforas, ejercicios experienciales, paradojas, entre otras técnicas como mindfulness que ayuden a la persona a dar cuenta de que el intento de controlar o eliminar sus eventos privados constituye y forma parte del problema (Mañas, 2007). En este sentido la terapia es una alternativa eficaz de tratamiento centrada en romper la lógica cultural incapacitante e inhabilitante con diversidad en la dinámica de trabajo y estilos en el discurso que prevén las trampas del lenguaje literal. Básicamente se apuesta porque “la persona aprenda a tener la habilidad de elegir por dónde quiere andar y a darse cuenta de los obstáculos en el camino en el sentido de eventos privados que pudieran ser barreras dada su historia” (Luciano, 2001, p. 13).

De manera que atrás de todo el malestar y la multiplicidad de pensamientos se encuentra el contexto que genera perspectiva y desde el cual es posible dar cuenta de la parte del sí mismo o uno mismo que finalmente resulta ser el líder de todas esas elaboraciones cognitivas que caen en la literalidad de las funciones verbales (Luciano & Valdivia, 2006).

Esta terapia ha sido efectiva en numerosos ensayos clínicos y estudios de caso de la depresión, patrones de ansiedad, autolesiones, delirios, entre otras problemáticas o patologías, resultando eficaz para evitar la cronicidad y alterar considerablemente el curso de diversos síntomas asociados (Blarrina, 2012; Forman et al., 2007; Hayes, 2004a; Hayes et al., 2004; Hayes & Strosahl, 2004). En consecuencia, la psicología clínica ha venido experimentando transformaciones, cambiando el ámbito restringido de la evaluación individual con aplicaciones limitadas a nivel terapéutico por un campo de trabajo más integral abarcando la evaluación, los tratamientos psicoterapéuticos, la realización de estudios epidemiológicos y el desarrollo de programas de intervención e investigación (Rivero & Rodríguez, 2016). Hoy en día, un clínico tiene la capacidad de describir trastornos, evaluarlos adecuadamente y en consecuencia generar unos objetivos terapéuticos y técnicas acordes a estos, articulándose en una red asistencial la

práctica de la psicología clínica, de manera que la formación del psicólogo clínico debe conectar con la necesidades profesionales y sociales de acuerdo al presente siglo (XXI) (Rivero & Rodríguez, 2016). De modo que se hace relevante el abordaje psicoterapéutico de las terapias empíricamente validadas así como de las nuevas tendencias promoviendo métodos a la hora de responder a las funciones de los problemas abordados (Páez & Gutiérrez, 2012; Rivero & Rodríguez, 2016).

Objetivos

Objetivo general

- Diseñar un plan de intervención desde la terapia de aceptación y compromiso en un caso de evitación experiencial.

Objetivos específicos

- Delimitar las conductas problemáticas que presenta la consulta mediante un proceso de evaluación conductual y aplicación de pruebas psicológicas.
- Implementar un proceso de intervención desde la terapia de aceptación y compromiso para el abordaje de las problemáticas de la consultante.
- Evaluar los resultados del proceso de intervención psicológica respecto del caso seleccionado.

Metodología

Participante

Consultante NL femenina de 24 años de edad nacida en Cúcuta/Norte de Santander, residente en la ciudad de Bucaramanga pertenece a una familia extensa en ciclo vital con hijos en la universidad, es la hija mayor, le sigue su hermano de 22 años y su hermana de 13 años.

Manifiesta haber vivido una infancia compleja rodeada de las discusiones frecuentes de sus figuras de autoridad (agresiones verbales y físicas en el subsistema conyugal, cuadros de estrés crónico de la madre cuyo resultado es un diagnóstico de neuralgia del trigémino, conductas de ludopatía por parte del padre, dificultades económicas, asunción de un rol mediador del subsistema conyugal conflictivo, maltrato verbal y físico, ausencia de la figura paterna por aproximadamente 12 años). Realizó estudios formales en primaria, bachillerato y actualmente cursa décimo semestre de derecho, realiza la judicatura en la Fiscalía General de la nación.

Hace aproximadamente un año (un mes después de iniciar la relación), comienzan las discusiones con su pareja sentimental, las cuales se han incrementado en los últimos tres meses con una frecuencia de tres a cuatro veces por semana, estas van desde los gritos a las autolesiones por parte de la consultante. A nivel familiar ha generado distanciamiento en los vínculos afectivos, en especial con sus figuras de autoridad, asimismo, se evidencia un aislamiento social. Refiere a su pareja como principal red de apoyo. Se hace relevante dentro de los antecedentes: cuatro crisis de ansiedad en las que se ha autolesionado golpeando su cabeza, reacciones depresivas y apego hacia su pareja sentimental de manera no patológica, es decir, no cumple los tres criterios referidos en el manual diagnóstico DSM-V.

En sesión la consultante refiere que lo esperado del proceso terapéutico es el aprendizaje que esta pueda tener para “la tranquilidad mental” la “estabilidad emocional” manejar “las emociones

negativas” y no “sentir culpa por lo que dejo de hacer” “expresarme en el momento preciso”. Al indagar respecto de los intentos de solución, relata que evita pensar en las cosas que necesita hacer, evita pensar en sí misma, en su comportamiento, se aísla a llorar, posterga, se centra en los trabajos de la universidad para no hacer frente a lo que ocurre en casa, se comporta de manera pasiva en situaciones de hostilidad para con ella, inhibición conductual y evita dar su opinión.

Teniendo en cuenta lo referido por la consultante, las estrategias ineficaces implementadas y previendo que los resultados esperados por ella respecto de sus objetivos en terapia podrían resultar inconvenientes, la metodología que se llevó a cabo para el desarrollo del proceso terapéutico del caso de estudio se fundamenta en la terapia de aceptación y compromiso, proveniente de la tercera generación o tercera ola de terapia de conducta, la cual explica los problemas psicológicos a través de la evitación experiencial, planteando una fase de evaluación inicial para definir de forma clara y precisa la conducta objeto de análisis (conducta problema), así como establecer un contexto para la terapia; posteriormente el trabajo de intervención se centrará en los valores como medio para el cambio conductual, es decir, se orientará a la consultante en las direcciones valiosas suscitando el distanciamiento con los contenidos psicológicos y proporcionando espacio a los eventos temidos a través de la desactivación de las conductas verbales (lenguaje), y el incremento de la dimensión del yo-contexto.

Para la formulación y proceso de intervención o seguimiento del caso se toma en consideración:

- Verbalizaciones referentes a los pensamientos negativos, recuerdos, preocupaciones pasadas y futuras, ansiedad, criterios de depresión cuyas particularidades indiquen aceptación o distanciamiento psicológico.

- Verbalizaciones referentes a los pensamientos negativos, recuerdos, preocupaciones pasadas y futuras, ansiedad, criterios de depresión cuyas particularidades no indiquen aceptación o distanciamiento psicológico.
- Conductas dirigidas hacia las áreas en la vida a las cuales valora identificadas por ella misma
- El aumento en la calidad de vida de la consultante de manera general teniendo en cuenta la perspectiva de esta sobre la variable.

La descripción completa y detallada del estudio de caso clínico se encuentra en el **anexo j**.

Respecto de las intervenciones realizadas sesión a sesión se encontrarán en el **anexo k**.

Instrumentos

- *Consentimiento informado*. Es un documento legal basado en la Ley 1090 de 2006 (estatuto del colegio colombiano de psicólogos), este permite al consultante conocer aspectos como la confidencialidad, beneficios, compromisos y demás lineamientos contemplados en dicha Ley, a los que accede el consultante voluntariamente para aceptar el proceso de evaluación e intervención psicológica (anexo a).
- *Historia clínica*. Documento empleado para el registro de información relevante del proceso terapéutico, este documento se va completando conforme se va interviniendo un consultante (anexo b).
- *Entrevista Semi-estructurada*. Se implementó una entrevista de evaluación conductual para identificar la problemática y sus particularidades (anexo c).

- *Auto-registro*. Documento con el cual se recopila información para la evaluación de los contenidos cognitivos y conductuales (anexo d).
- *Inventario de Depresión Estado- Rasgo (IDER)*. (Spielberger, Buela-Casal & Agudelo, 2008). Consta de 20 ítems que evalúan el grado de afectación (Estado), y la frecuencia de ocurrencia (Rasgo) que el sujeto muestra en relación con los componentes afectivos de la depresión (anexo e).
- *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE)*. (Spielberger, Martinez, Gonzales, Natalicio & Díaz, 1980). Consta de 40 ítems, veinte preguntas miden la ansiedad como estado (cómo se siente ahora mismo, en estos momentos) y veinte, la ansiedad rasgo (cómo se siente habitualmente), enmarcadas en 4 categorías según la intensidad con la que experimentan el contenido de cada ítem (anexo f).
- *Escala de Estrategias de Afrontamiento Coping – modificada (EEC-M)*. (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre, 2006). Consta de 98 ítems con opciones de respuesta tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1 a 6 desde *Nunca* hasta *Siempre*, identificando las estrategias de afrontamiento más utilizadas por el consultante frente a situaciones de estrés (anexo g).
- *Inventario Clínico de Personalidad de Millon (MCMI-II)*. (Millon, 1999). Consta de 175 ítems (4 de validez), con una escala de respuesta dicotómica de verdadero y falso, informando sobre 8 patrones clínicos de personalidad, 3 escalas de gravedad patológica más severa, 6 síndromes clínicos de intensidad moderada y, 3 de intensidad severa o grave (anexo h).
- *Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ)*. Desarrollado por Hayes (2000), se aplicará la adaptación al contexto colombiano realizada por Garzón y Rendón (2011),

la cual consta de 9 ítems calificados de acuerdo a una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta donde cero es *nunca* y tres *siempre* (anexo i).

Procedimiento

Se dispuso un número de 12 sesiones de aproximadamente una hora para cada intervención, distribuidas a lo largo de tres meses con una periodicidad semanal. Las dos primeras corresponden a la fase de evaluación, diez a la fase de tratamiento y el seguimiento se realiza al mes y a los tres meses.

Tabla 1. Resumen del proceso psicoterapéutico

Número de sesión	Objetivos terapéuticos	Objetivos de las sesiones	Técnicas utilizadas
S1	Proporcionar experiencias con los beneficios de estar dispuesta al abandono del control de los eventos privados y tenerlos como alternativa.	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación inicial/Motivo de consulta - Contexto para la terapia 	<ul style="list-style-type: none"> - Metáfora de los dos escaladores - Metáfora del charco - Metáfora del jardín - Ejercicio en casa: carta de despedida y autoregistro
S2	Proporcionar experiencias con los beneficios de estar dispuesta al abandono del control de los eventos privados y tenerlos como alternativa	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el contacto con los contenidos psicológicos evitados - Confrontar la rumiación y la inutilidad de evitar los eventos privados - Generar mayor flexibilidad en las 	<ul style="list-style-type: none"> - Regla del 95 – 5 por 100 - Ejercicio de saborear el limón - Ejercicio de los elefantes rosas - Entrenamiento del modelo ABC de

		respuestas frente a vicisitudes	tercera generación - Evaluación de acciones a valores - Establecer compromisos
S3	Clarificar los valores personales/Generar la desesperanza creativa	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el contacto de la consultante con sus valores personales y las vías por las cuales ha desviado su camino hacia ellos - Analizar barreras verbales que al momento impiden dirigirse hacia lo valioso en su vida - Facilitar la experiencia del costo de la evitación experiencial 	<ul style="list-style-type: none"> - Regla del 95-5 por 100 - Dialogo socrático - Confrontación de las estrategias de evitación y los resultados de las mismas - Metáfora del grajero y el asno - Metáfora del hombre en el hoyo - Metáfora del diente enfermo - Evaluación de acciones a valores - Establecer compromisos
S4	Clarificar los valores personales	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el contacto de la consultante con sus valores personales y las vías por las cuales 	<ul style="list-style-type: none"> - Regla del 95-5 por 100 - Entrenamiento en meditación vipassana

		<ul style="list-style-type: none"> ha desviado su camino hacia ellos - Analizar barreras verbales que al momento impiden dirigirse hacia lo valioso en su vida 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio del funeral - Dialogo socrático - Evaluación de acciones a valores - Establecer compromisos
S5	Clarificar los valores personales	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el contacto de la consultante con sus valores personales y las vías por las cuales ha desviado su camino hacia ellos - Analizar barreras verbales que al momento impiden dirigirse hacia lo valioso en su vida 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en meditación vipassana - Ejercicio del epitafio - Dialogo socrático - Cuestionario de valores - Metáfora de aprendiendo a ser experto en el manejo de la bicicleta - Evaluación de acciones a valores - Establecer compromisos
S6	Proporcionar experiencias con los beneficios de estar dispuesta al abandono del control de los eventos	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el contacto con los contenidos psicológicos evitados 	<ul style="list-style-type: none"> - Dialogo socrático - Entrenamiento en la identificación de síntomas

privados y tenerlos como alternativa	<ul style="list-style-type: none"> - Confrontar la rumiación y la inutilidad de evitar los eventos privados - Generar mayor flexibilidad en las respuestas frente a vicisitudes 	<ul style="list-style-type: none"> crónicos de estrés - Entrenamiento del modelo ABC de tercera generación - Evaluación de acciones a valores - Establecer compromisos 	
S7	<p>Proporcionar experiencias con los beneficios de estar dispuesta al abandono del control de los eventos privados y tenerlos como alternativa/Clarificar los valores personales/ Generar la desesperanza creativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Confrontar la rumiación y la inutilidad de evitar los eventos privados - Generar mayor flexibilidad en las respuestas frente a vicisitudes - Facilitar el contacto de la consultante con sus valores personales y las vías por las cuales ha desviado su camino hacia ellos - Analizar barreras verbales que al momento impiden dirigirse hacia lo valioso en su vida - Facilitar la experiencia del costo de la evitación experiencial 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en meditación vipassana - Ejercicio de exposición en imaginación - Dialogo socrático - Pregunta milagro - Entrenamiento del modelo de ABC de tercera generación - Metáfora del conductor de autobús y los pasajeros - Metáfora del tigre - Evaluación de acciones a valores - Establecer compromisos

S8	Generar la desesperanza creativa/ Desliteralizar las funciones verbales- distanciándose del lenguaje	<ul style="list-style-type: none">- Facilitar la experiencia del costo de la evitación experiencial- Facilitar el discernimiento de los dominios del yo y la propia experiencia	<ul style="list-style-type: none">- Dialogo socrático- Metáfora del conductor de autobús y los pasajeros- Ejercicio de presionar y quedarse atrapado versus tolerar y hacer espacio psicológico- Entrenamiento en meditación vipassana- Ejercicio del observador- Evaluación de acciones a valores- Establecer compromisos
S9	Desliteralizar las funciones verbales-distanciándose del lenguaje	<ul style="list-style-type: none">- Facilitar el discernimiento de los dominios del yo y la propia experiencia	<ul style="list-style-type: none">- Regla del 95-5 por 100- Dialogo socrático- Metáfora del granjero y el asno- Entrenamiento en meditación vipassana

			<ul style="list-style-type: none"> - Meditación de la pasa - Evaluación de acciones a valores - Establecer compromisos
S10	Deslitalizar las funciones verbales-distanciándose del lenguaje/Clarificar los valores personales/Generar el compromiso con los valores	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el discernimiento de los dominios del yo y la propia experiencia - Facilitar el contacto de la consultante con sus valores personales y las vías por las cuales ha desviado su camino hacia ellos - Analizar barreras verbales que al momento impiden dirigirse hacia lo valioso en su vida - Identificar el ciclo de coerción en la relación de pareja - Consolidar la detección de barreras, el coste y la elección valiosa 	<ul style="list-style-type: none"> - Dialogo socrático - Metáfora del conductor de autobús y los pasajeros - Entrenamiento del modelo de ABC de tercera generación - Metáfora del viaje - Unión empática - Evaluación de acciones a valores - Establecer compromisos
S11	Deslitalizar las funciones verbales-distanciándose del lenguaje/Proporcionar experiencias con los beneficios de estar	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el discernimiento de los dominios del yo y la propia experiencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en meditación vipassana

	<p>dispuesta al abandono del control de los eventos privados y tenerlos como alternativa /Generar el compromiso con los valores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el contacto con los contenidos psicológicos evitados - Confrontar la rumiación y la inutilidad de evitar los eventos privados - Generar mayor flexibilidad en las respuestas frente a vicisitudes - Consolidar la detección de barreras, el coste y la elección valiosa 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio de exposición en imaginación - Dialogo socrático - Juego de roles - Regla del 95-5 por 100 - Metáfora del viaje - Evaluación de acciones a valores - Establecer compromisos
S12	<p>Proporcionar experiencias con los beneficios de estar dispuesta al abandono del control de los eventos privados y tenerlos como alternativa/ Desliteralizar las funciones verbales- distanciándose del lenguaje/Generar el compromiso con los valores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el contacto con los contenidos psicológicos evitados - Confrontar la rumiación y la inutilidad de evitar los eventos privados - Generar mayor flexibilidad en las respuestas frente a vicisitudes - Facilitar el discernimiento de los dominios del yo y la propia experiencia - Consolidar la detección de barreras, el coste y la elección valiosa 	<ul style="list-style-type: none"> - Dialogo socrático - Unión empática - Entrenamiento del modelo de ABC de tercera generación - Metáfora del viaje - Regla del 95-5 por 100 - Metáfora física de estar adherido o pegado - Bienvenidos todos y el invitado grosero

-
- Evaluación de acciones a valores
 - Establecer compromisos
-

Objetivos terapéuticos

- *Proporcionar experiencias con los beneficios de estar dispuesta al abandono del control de los eventos privados y tenerlos como alternativa (Sesiones 1, 2, 6, 7, 11, 12).*

El objetivo por el cual se trabajó en esta fase del tratamiento se sustenta en los esfuerzos para que NL lograra dar cuenta de la inviabilidad del control sobre los eventos privados facilitando así, el contacto con los contenidos psicológicos evitados, interrumpiendo la rumiación y la inutilidad de no estar dispuesta a exponerse a dichos contenidos para conseguir de esta manera, mayor flexibilidad frente a las estrategias de control que utiliza (aislamiento, autocompasión, desesperanza, entre otras). En consecuencia se aludió que la disposición a la experiencia sobre la propia historia y lo que sea que esta traiga, es la clave que da paso a ser capaz de establecer y mantener compromisos para el cambio. A lo largo de las sesiones manifestaba los contenidos de control y las barreras interpuestas a sus valores como pensamientos y emociones del tipo “yo no soy capaz, no me siento capaz” “lo que me pasa es muy fuerte para asimilarlo” “si alguien dice algo de mí, yo no reacciono, no soy capaz”, de manera que para facilitar el contacto sólido con la utopía de control de los eventos privados se inicia porque esta reconozca el esfuerzo que ha hecho para librarse del contenido negativo que intenta controlar, se le ayuda a dar cuenta de las diferentes soluciones a las que ha acudido, lo que ha logrado con ello y si realmente le ha funcionado, básicamente se le ayuda a distinguir lo que puede controlar como sus decisiones y elecciones en función de lo que es importante o significativo, y lo que no puede controlar como

los pensamientos, las emociones, los recuerdos, el comportamiento de los otros y los estados corporales en ciertos contextos, de manera que lograra detectar dónde el control es funcional y donde no. Se utilizaron diferentes metáforas como alimentar el tigre, el jardín, la regla del 95 -5 por 100, del mismo modo se implementaron ejercicios experienciales como saborear el limón, los elefantes rosas y se implementaron múltiples ejemplos sobre el control de la conducta pública (Wilson & Luciano, 2011), así como exposiciones de su propia vida que ejemplificaran el costo del control de los eventos privados, de esta forma se pide a la consultante permanecer atenta y notar pensamientos, recuerdos, sentimientos y estados corporales, mientras la terapeuta enumera los esfuerzos que ha realizado para controlarlos. Se intentaba que NL examinara aquellas áreas en las que el control intencionado es apenas eficaz o, en algunos casos, destructivo.

- *Generar la desesperanza creativa (Sesiones 3, 7, 8)*

Se facilitó la experiencia de la desesperanza creativa, ayudando a la consultante a dar cuenta que todos los esfuerzos que había realizado (y continuaba realizando), para evitar diversas experiencias privadas, a corto plazo tenían respuestas benéficas, pero a largo plazo estos contenidos volverían con mayor fuerza. En esta fase el objetivo no fue instruir a la consultante estrategias concretas para cambiar las que viene usando, en su lugar, se expusieron metáforas como el granjero y el asno y el hombre en el hoyo, el vaso sucio, el diente enfermo (Wilson & Luciano, 2011), a modo de dialogo socrático en vez de solo instruir la metáfora, de esta manera la consultante participó activamente en el símil de estas con su vida, facilitando la comprensión de la inherencia de los eventos privados en la vida, de la misma manera se facilita la comprensión de que al intentar evitar dichos contenidos psicológicos se alejaba de lo importante en su vida: asumir sus emociones sin utilizarlas para herir a los que ama. Fue de gran utilidad en

este aspecto, los ejemplos reales de su vida teniendo en cuenta el análisis funcional de la conducta realizado al caso bajo el modelo ABC de tercera generación, se expone así las conductas (pensamientos, recuerdos, sentimientos, suposiciones, auto-esquemas, expectativas negativas, etc.), los antecedentes y consecuentes; básicamente se ejemplifica su misma conducta entre el plan o las reglas que elige para llevar su vida y lo que obtiene. El trabajo realizado en sesión respecto de la desesperanza creativa fue de gran impacto emocional para la consultante, dado su constante lucha se ha convertido en el rasgo central en su vida, suplantando incluso sueños.

- *Clarificar los valores personales (sesiones 3, 4, 5, 7, 10)*

Este aspecto se trabaja de manera transversal a lo largo del proceso de terapia estableciendo al final de cada sesión compromisos reales de actuación en función de los valores personales de la consultante. Ahora bien, de manera general el objetivo de las sesiones focalizadas en la clarificación de valores fue facilitar el contacto de la consultante con sus valores personales y las vías por las cuales ha desviado su camino hacia ellos, identificando las áreas importantes y particulares de su vida que quiere fomentar. En consecuencia, se inicia utilizando la metáfora del charco (Hernández López, 2007), analizando por un lado los valores relacionados con el cambio conductual, esto es, hasta qué punto querer modificar sus conductas era relevante en relación a su cuidado personal, su familia, sus relaciones interpersonales y de pareja, trabajo, ocio, etc. De igual forma se pretendía analizar las barreras verbales que habían impedido al momento, dirigirse hacia lo valioso e importante en su vida. Asimismo, se implementaron preguntas como ¿qué es importante para ti ahora? ¿Qué significado quieres para tu vida? ¿Cómo sería tu vida si estos problemas no existieran? ¿Qué harías? ¿Qué haces ahora para llegar a conseguir lo que quieres?

En ese recorrido hacia lo que quieres ¿Ahora dónde te ubicas a ti misma? ¿Qué estás dispuesta a hacer para lograr lo que quieres?, así, se buscaba que la consultante lograra discernir tanto lo que quería hacer para llegar al otro lado del charco teniendo en cuenta sus valores (vínculos familiares, relaciones afectivas, sociales, de trabajo, academia, salud y ocio), y que de manera concreta determinara los objetivos y los cambios conductuales que estaría dispuesta a llevar a cabo en el camino hacia esos valores teniendo en cuenta las dificultades que pudiesen aparecer. De manera que a nivel *Familiar*: la consultante manifestó que lo relevante en ello, es modificar la forma de relacionarse, mantener un mejor contacto dado que sus vínculos afectivos se han visto drásticamente alterados, generando un aislamiento y distanciamiento de NL para con estos, en especial con sus figuras de autoridad (mamá-papá), refiere “siempre he sido como la que se encarga de la relación de mis papas” “creo que el rol que tengo ahora es el mismo pero no lo hago como antes” “ahora soy distante entonces ellos se alejan porque no ayudo como antes” “ya no salgo con ellos, no voy a ningún lado con ellos”. *Relación de pareja*: relata que teme que su comportamiento cause una ruptura “ya comencé a lastimar a mi pareja” “él ha descubierto mi tristeza, es difícil de asimilar” “ya no es tan comprensivo como antes” “a veces siento que se burla en vez de ser paciente”. *Social*: manifiesta que aunque sale de manera regular a socializar con su red de amigos de infancia y universidad, no mantiene un vínculo cercano con ninguno(a) de tal manera que pueda ella relatar sus problemas en otras áreas con estos(as), “nunca le he contado mis cosas, de la casa por ejemplo, a nadie más que a OT¹” “Oculto mucho de lo que me pasa con mis amigos”. *Trabajo*: refiere que durante la judicatura en diferentes oportunidades soportó bullying por algunos compañeros de trabajo e incluso de personas que asistían por algún proceso legal, “la semana pasada un consultante me insultó, literal, me insultó, le faltó pegarme y yo no hice nada, no le dije retírate o algo, no le dije nada, me quedé ahí sentada mientras él me

insultaba, cuando se fue me fui al baño y me encerré a llorar” “mis compañeros hablan mal de mí, una vez uno me dijo bruta y yo no le dije nada, me fui y cuando estaba sola lloré”.

Académico: afirma que siempre fue una excelente estudiante, no tuvo inconvenientes en este aspecto, en la actualidad se encuentra enfocada en terminar su carrera satisfactoriamente “la universidad y mi carrera es algo muy importante para mí porque esto que estudié fue mi decisión”. *Salud:* expone que no mantiene una regulación en sus conductas alimenticias, que la mayoría de las veces no desayuna, sus horarios son a deshoras y ocasionalmente esto le causa gastritis y mareos, manifiesta que ha descuidado la limpieza en su habitación generando esto polvo, que termina en gripes o alergias para la consultante “yo todo lo pongo sobre mi cama y literalmente duermo en un rinconcito, me hago espacio entre las cosas”. *Ocio:* refiere que en diferentes ocasiones se abstenido de compartir con sus pares porque “no me siento bien para salir y evito estar así frente a los demás”.

Una vez establecidos los valores personales, de manera transversal en las sesiones se realizó un seguimiento respecto de lo que ha hecho para dirigirse hacia lo que importa en su vida. En la sesión 7, cinco días antes la consultante tuvo una crisis de ansiedad en una discusión con su pareja, cuya respuesta fue encerrarse a llorar en el baño y golpearse la cabeza con fuerza, viéndose nuevamente en círculo de la evitación, refiere, “siento que retrocedí” “me dejé llevar por la rabia”. Se utilizó un ejercicio de exposición a las reacciones privadas que le llevaban a comportarse de manera inconsistente con sus valores, utilizando como ejemplo la situación ocurrida con su pareja. Se introdujo la metáfora del conductor de autobús y los pasajeros (Wilson & Luciano, 2011), tomando como ejemplo lo ocurrido en el ejercicio de exposición acerca de los pasajeros que están dentro de su autobús, su experiencia y lucha con estos, su experiencia manejando el autobús, las rutas conscientes o no que ha tomado, su experiencia de control del

autobús por sus pasajeros, de no ir por su propia ruta elegida, etc. de forma tal que la consultante lograra dar cuenta que la forma en la que puede alcanzar lo que quiere, es comprometerse día a día a caminar en dirección valiosa de acuerdo a lo que quiere para su vida, con lo que sea que esta traiga, incluso sin la noción de resultados garantizados. La consultante expone: “voy a volver al aquí y al ahora cuando me entre esa angustia, voy a recordar que yo soy la que conduce” “cumplir con mis compromisos en las otras áreas de mi vida” “aprender constantemente a observar mis pensamientos y emociones”.

- *Desliteralizar las funciones verbales-distanciándose del lenguaje (sesiones 8 a 12).*

El trabajo realizado en las sesiones para la desactivación de funciones verbales y distanciamiento del contenido psicológico, se basó en facilitar a la consultante a discernir los dominios del yo y la propia experiencia, es decir, su yo como contexto y su yo como contenido sean eventos privados o conducta pública, asimismo, se le ayudó a diferenciar lo que se hace presente por el lenguaje de lo que está presente verbalmente, así como a tratar los eventos privados como tales, estando abierta - aceptando - a lo que la vida traiga consigo en cada experiencia y área de su vida, distanciándose para elegir. Se utiliza el ejercicio de las palmas para ejemplificar la aceptación psicológica, el ejercicio del observador y metáforas como los muebles y la casa, el tablero y las fichas (Wilson & Luciano), a modo de dialogo socrático con preguntas como ¿Quién serías en estos ejemplos? ¿Dónde estarían las piezas sin ti para dar cuenta de que están allí?, asimismo se utilizó el ejercicio de observación del flujo de la experiencia privada, se le pide a la consultante ponerse cómoda en la silla, cerrar los ojos y seguidamente se induce a la consciencia corporal y contenidos psicológicos. Al finalizar el ejercicio se pregunta a la

consultante por la experiencia con el fin de discriminar el grado de distanciamiento del contenido (pensamientos, sensaciones, emociones y recuerdos), y su yo como contexto.

- *Generar el compromiso con los valores (sesiones 10 a 12)*

El objetivo de este aspecto fue consolidar la detección por parte de la consultante sobre sus propias barreras y el coste o el beneficio de actuar según estas, de manera que pueda reestablecer lo que es importante en su vida y elija actuar acorde a sus valores. Así, al inicio de cada sesión se pregunta a la consultante por las acciones realizadas en función de sus valores personales, de forma tal que pudiera dar cuenta de los avances que ha logrado y las consecuencias positivas que trae consigo su cambio conductual. En consecuencia, se pretendía que NL actuara diariamente en función de lo que es importante en su vida sintiéndose de la manera en la que se sintiera, promoviendo en la consultante el actuar (ACT), para dirigirse constantemente hacia la dirección que considera valiosa, esta consolidación con sus valores se evaluó a lo largo de todo el proceso de terapia. Se utilizaron metáforas como el viaje, la metáfora de bienvenidos todos y el invitado grosero (Wilson & Luciano), de igual forma se facilitaron diferentes ejemplos donde el no estar abierta totalmente a los eventos privados tiene un coste, se emplea el ejercicio de fiscalizar barreras respecto del “no puedo hacerlo” “no soy capaz, me da miedo, no puedo con esto”. Ahora, teniendo en cuenta que el modelo brinda lineamientos a seguir, el proceso psicoterapéutico es dinámico, permitiendo trabajar diversas técnicas y estilo de terapia que posibiliten el logro de los objetivos terapéuticos. En el presente caso por ejemplo, en las sesiones 4, 5, 7, 8, 9 y 11 se realizó un entrenamiento en meditación vipassana del programa de reducción del estrés basado en mindfulness de Kabat-Zinn (1990), teniendo en cuenta las crisis de ansiedad relacionadas por la consultante y manifiestas en sesión las cuales le resultaban aversivas.

Resultados

Resultados evaluación pre-test

Inventario de depresión estado/rasgo IDER

Tabla 2. Resultados cuantitativos depresión estado y depresión rasgo (IDER)

	Depresión Estado	Depresión Rasgo
Pc Eutimia	65	70
Pc Distimia	1	75
Pc total	50	75

Los resultados infieren una puntuación alta en depresión como rasgo, haciendo referencia a la propensión de desarrollar estados o reacciones depresivas de mayor duración aunque con menos intensidad que el estado. Asimismo, se identifica altas puntuaciones en subescala de distimia como rasgo, lo cual indica la presencia de afectos negativos, es decir, existe una disposición general para responder negativamente frente a las situaciones de la vida, interpretando los acontecimientos desfavorablemente y generando vulnerabilidad respecto del desarrollo de reacciones depresivas. Básicamente, es una actitud pesimista y de malestar que acompaña a la persona la mayor parte del tiempo en las circunstancias vitales que pueden asociarse con características de personalidad (Spielberger, Martinez, Gonzales, Natalicio & Díaz, 1980).

Inventario de ansiedad estado/rasgo IDARE

Tabla 3. Resultados cuantitativos ansiedad estado y ansiedad rasgo (IDARE)

	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Puntuación directa	37	52
Puntuación percentil	54	65

Se logra identificar en los resultados de la aplicación puntuaciones altas según el grupo poblacional, edad y sexo en ansiedad estado y ansiedad rasgo, teniendo este último mayor puntuación, lo cual refiere un proceso de disposición latente a manifestar, responder o reaccionar a un mayor número de situaciones como si fueran peligrosas o amenazantes con un incremento en la intensidad de ansiedad como estado (proceso empírico de reacción que se manifiesta en un momento específico con un grado determinado de intensidad que es transitorio), en situaciones que implican relaciones interpersonales que amenazan la autoestima de la persona (Spielberger, Martínez, Gonzales, Natalicio & Díaz, 1980).

Escala de estrategias de COPING

Tabla 4. Resultados cuantitativos de la escala de estrategias de Coping

Estrategia	Puntuación Directa	Puntuación Percentil
Solución de problemas	24	15
Apoyo social	10	5
Espera	16	20
Religión	11	20
Evitación emocional	29	80
Búsqueda de apoyo profesional	10	55
Reacción agresiva	21	95
Evitación cognitiva	12	20
Reevaluación positiva	16	35
Expresión de la dificultad de afrontamiento	14	45
Negación	12	85
Autonomía	7	55

Se logra identificar que la consultante mantiene preferencia en el uso de la estrategia de afrontamiento *reacción agresiva* (Pc 95). Dicha estrategia comportamental hace referencia a la expresión impulsiva de la emoción de la ira y la hostilidad, abiertamente dirigida hacia la misma persona, hacia otros o hacia los objetos como respuesta de la frustración y desesperación,

disminuyendo dicho comportamiento la carga emocional que presenta la persona en un momento determinado. Por otra parte, se identifica la infrecuencia en el uso de la estrategia de afrontamiento *apoyo social* (*Pc 5*), la cual describe el apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, definido como la percepción que tiene la persona del afecto, apoyo emocional e informativo para tolerar o enfrentar la situación problema, o las emociones generadas ante el estrés.

Respecto de las demás estrategias de afrontamiento evaluadas en esta prueba, se identifica que la consultante no mantiene preferencia en el uso de estas, y en consecuencia las utiliza como cualquier otra persona en su grupo poblacional, edad y sexo (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre, 2006).

Inventario clínico multiaxial de Millon MCMI-II

Tabla 5. Resultados cuantitativos del inventario clínico multiaxial de Millon

Variable	P.D.	Total T.B.
V-Validez	0	Test Válido en V Test Válido en X
X-Sinceridad	394	128
Y-Deseabilidad	11	39
Z-Alteración	18	49
1-Esquizoide	36	113
2-Fóbica (Evitativa)	37	81
3-Dependiente	40	99
4-Histriónica	22	32
5-Narcisista	22	18
6A-Antisocial	19	32
6B-Agresivo/Sádica	23	28

7-Compulsiva (Rígida)	31	36
8A-Pasivo/agresiva (Negativista)	27	33
8B-Autodestructiva (Masoquista)	28	57
S-Esquizotípica	33	92
C-Límite (Bordeline)	41	60
P-Paranoide	26	53
A-Ansiedad	11	35
H-Histeriforme/Somatoforme	18	47
N-Hipomanía	25	57
D-Neurosis depresiva-distimia	25	49
B-Abuso de alcohol	16	34
T-Abuso de drogas	20	31
SS-Pensamiento psicótico	18	67
CC-Depresión mayor	20	52
PP-Delirios psicóticos	16	85

Dentro de los resultados obtenidos se encuentran puntuaciones altas en las escalas básicas de personalidad, en *esquizoide (TB 113)* orientación pasivo-retraída, lo cual indica un patrón de distanciamiento de las relaciones interpersonales y, escasa variedad de expresión emocional en los diferentes contextos sociales, funcionando el individuo como un observador pasivo ajeno a las gratificaciones y afecto en dichas relaciones; *fóbica (TB 81)* orientación activo-retraída, indicando escasos refuerzos positivos de sí misma como de otros, actitud vigilante por miedo a sus impulsos, anhelo de afecto que provoca la re experimentación de malestar anteriormente vivido con otras personas y sentimientos de inadecuación en las relaciones interpersonales; *dependiente (TB 99)*, orientación pasivo-dependiente, lo cual indica una tendencia por la búsqueda de relaciones interpersonales en las que la persona pueda apoyarse en otro u otros para

conseguir afecto, seguridad y consejo. En consecuencia, aprenden a adoptar un papel pasivo o sumiso y de apego exagerado o miedo a la separación.

De igual forma, se evidencian altas puntuaciones en las escala de personalidad *esquizotípica* (*TB 92*), la cual representa un patrón de distanciamiento disfuncional cognitivo e interpersonal, aislamiento social y ensimismación, dichos comportamientos son evidentes y calificados por los demás como extraños o diferentes; *delirios psicóticos* (*TB 85*), de severidad acentuada que se caracteriza en este caso, por la experimentación delirios irracionales de naturaleza celotípica, dicho estado es habitualmente hostil y expresan sentimientos de ser maltratados, actitud constante de vigilancia y alerta ante la posibilidad de traición.

En consecuencia, puntuaciones *TB* de 75 a 84 indican un funcionamiento crónico-moderado de la personalidad que corresponda según los resultados de la prueba; y puntuaciones de *TB* superiores a 85 y más indican patrones de personalidad descompensados.

Inventario de aceptación y acción AAQ

Tabla 6. Resultados cuantitativos del inventario de aceptación y acción (AAQ)

Ítem	Puntaje
1	2*
2	3
3	2
4	2
5	3*
6	2*
7	1
8	3
9	3
Total	16

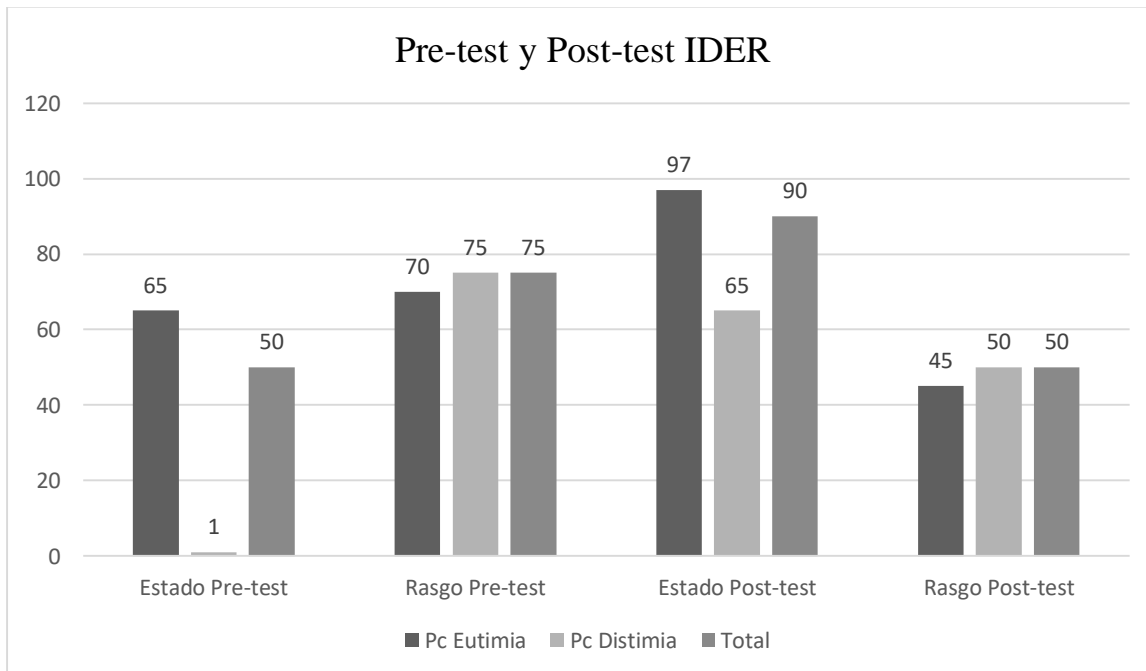
Nota: los puntajes con el símbolo * deben invertirse así: 0=3, 1=2, 2=1 y 3=0

La puntuación total que arroja el cuestionario es de 16 por encima del punto de corte, lo cual infiere una tendencia de evitación experiencial caracterizada por la no disposición a permanecer en contacto con determinadas experiencias privadas (sensaciones corporales, pensamientos, recuerdos, imágenes, emociones), y en consecuencia, realiza intentos para alterar la forma o frecuencia de estas experiencias incluso si dicha evitación conduce a problemas conductuales.

Resultados de la evaluación post-test

Inventario de depresión estado/rasgo IDER

Figura 1. Resultados de la evaluación pre-test y post-test (IDER)

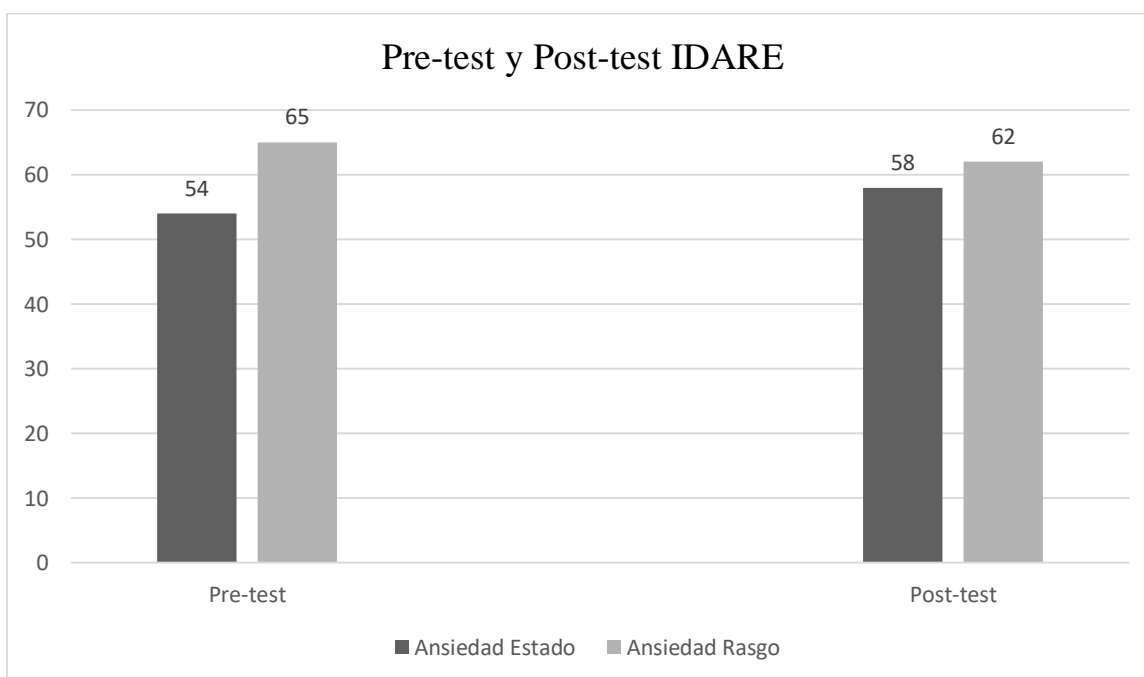


Los resultados poste-test infieren una puntuación alta en depresión como estado en la subescala de eutimia, lo cual indica pérdida del interés, disminución de la capacidad de sentir

placer, bajo nivel de energía, pérdida del entusiasmo, disminución de los niveles de alerta mental y pobre esperanza hacia el futuro ante las situaciones específicas del entorno, cuyo carácter es temporal. Se hace relevante mencionar que la consultante atraviesa actualmente por una separación temporal con su pareja sentimental, evento que ocurre una semana antes de la aplicación de la presente prueba. Por otra parte, en contraste con los resultados pre-test, la consultante obtuvo en la evaluación post-test puntuaciones bajas en la variable de distimia rasgo (Pc 50).

Inventario de ansiedad estado/rasgo IDARE

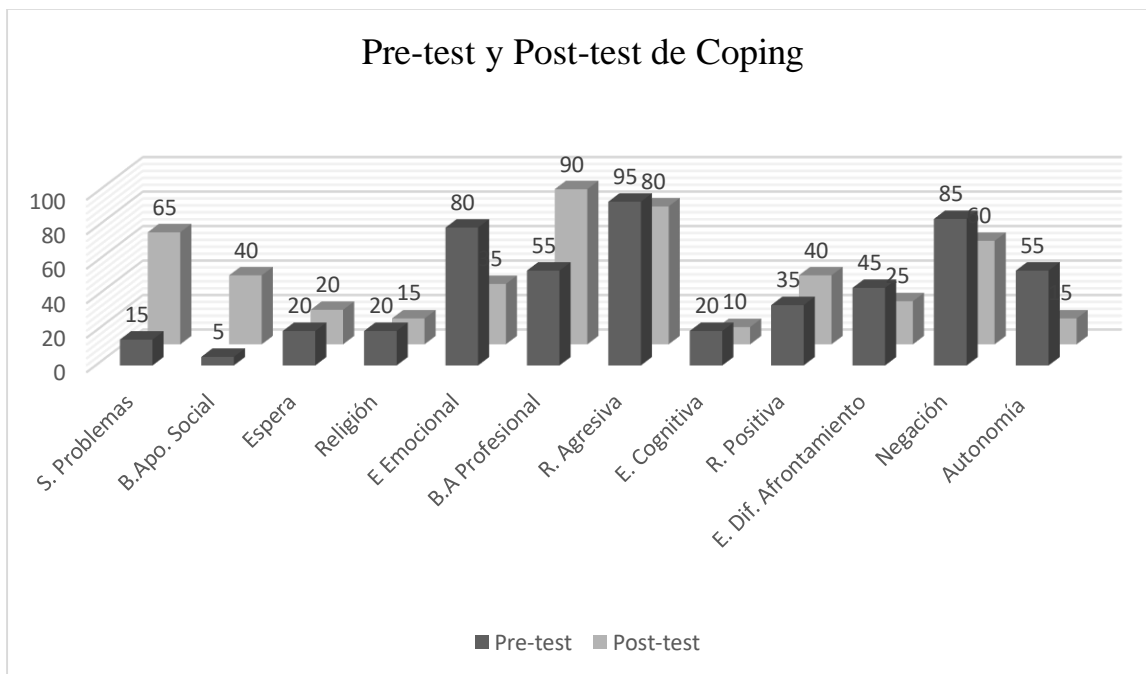
Figura 2. Resultados de la evaluación pre-test y post-test (IDARE)



Con respecto a la evaluación post-test se logran evidenciar puntuaciones altas en ansiedad estado (Pp 58) y ansiedad rasgo (Pp 62), no se identifica un avance relevante respecto de la evaluación pre-test.

Escala de estrategias de COPING

Figura 3. Resultados de la evaluación pre-test y post-test Coping



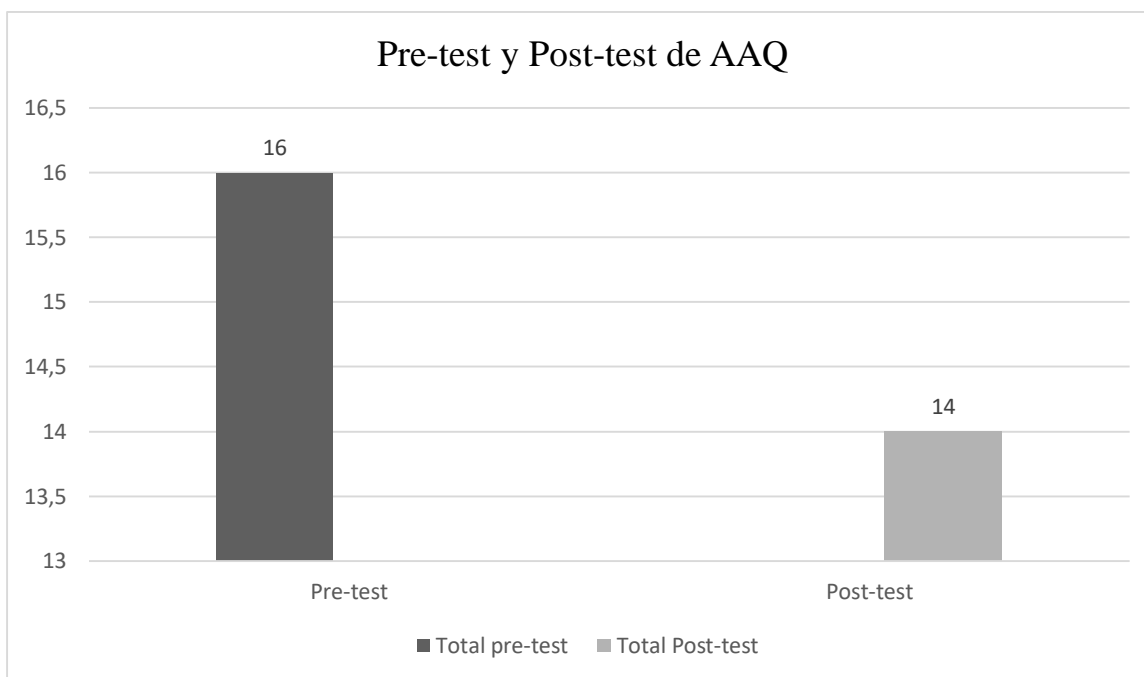
Respecto de los resultados de la escala de estrategias de Coping se evidencian puntuaciones bajas en la estrategia *reacción agresiva* (Pp 40), indicando que la consultante no utiliza en mayor

medida la expresión impulsiva de la emoción de la ira y la hostilidad, esto en contraste con los resultados pre-test. De igual forma se evidencia infrecuencia en el uso de la estrategia de afrontamiento *religión* (Pp 15), la cual indica el rezo y la oración como forma de tolerar el problema o situación o generar soluciones al mismo; la estrategia *evitación cognitiva* (Pp 10), con la cual se busca neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, por medio de la distracción y la actividad se evita pensar; *autonomía* (Pp 15), la cual hace referencia a la tendencia de responder ante los problemas buscando de manera independiente las soluciones a estos sin contar con el apoyo de otras personas como amigos, familiares, etc.

Por otra parte, se identifica preferencia por la utilización de la estrategia *búsqueda de apoyo social* (Pp 40), indicando comportamientos que hacen referencia a la expresión de la emoción y la búsqueda de alternativas para solucionar los problemas con otra y otras personas, dado que hallarse integrado en una estructura social (familia, amigos u otro), puede aportar beneficios directos al autoestima, experiencias de control, experiencias de afecto, desarrollo personal y mejora física y mental, en contraste con los resultados pre-test.

Inventario de aceptación y acción AAQ

Figura 4. Resultados de la evaluación pre-test y post-test AAQ



Se logra identificar una puntuación total de 14 siendo este el punto de corte, lo cual infiere una tendencia leve o baja de evitación experiencial, esto en contraste con los resultados pre-test.

Resultados de la intervención terapéutica

Principalmente se logró como resultado general del proceso de intervención que la consultante enfatizara su actuar (ACT), como lo inherente en la orientación centrada en sus valores personales, así como la aceptación de los eventos privados vistos como lo que son e intentar actuar en función de lo que valora eligiendo constantemente lo que es importante y permaneciendo abierta a cada experiencia posibilitando así una vida valiosa al estar dispuesta a

sostener y presenciar sus contenidos psicológicos (relaciones familiares, educación, relación de pareja, trabajo, ocio, relaciones sociales y salud).

La evolución es manifiesta en acciones como: aumentar la comunicación con su figura materna, proporcionar a esta apoyo emocional, informacional e instrumental, confrontar a sus figuras de autoridad manifestando su asistencia a un proceso psicoterapéutico aun cuando estos lo desapruaban y a consecuencia de ello, le han tildado de “enferma”, de manera que la consultante elige dar mayor cabida a sus necesidades personales e individuales por sobre el mejoramiento en las relaciones con sus figuras de autoridad. De igual forma, logró un acercamiento significativo con su hermana menor implementando junto con esta actividades de ocio, respecto del hermano menor, la consultante no mantiene un acercamiento activo con este, sin embargo, se encuentra receptiva ante la disposición del mismo (véase anexo k).

En cuanto a su relación de pareja verbaliza, “sé que mis pensamientos y lo que siento va a seguir apareciendo pero sé que me esforzaré por aceptar lo que siento y no hacer nada con ello que afecte mi relación de pareja” “espero lograr todo esto que me propongo, aunque a veces dude de si lo estoy haciéndolo bien” “continuo aprendiendo a contextualizar mis eventos privados dándome un espacio a mí misma cuando los identifique para pensar en no hacer nada de lo que luego me arrepienta”.

De igual manera, se evidencian verbalizaciones como: “logré empezar a conocer los sentimientos que tengo cuando me siento muy cargada porque no es solo uno, antes pensaba que era solo tristeza” “antes no importaba si diferenciaba o no lo que sentía solo dejaba que todo pasara y me afectara” “sigo aprendiendo a identificar que mis emociones están ahí y soy yo la que decide qué hacer que soy yo la que maneja el bus” “logré acercarme más a mi mamá ser más consciente de mis decisiones” “ahora entiendo que yo no me comportaba porque sí, sino que

siempre ha habido una razón para mi comportamiento, lo que sentía, ya fuese físico o emocional” “aprendo a reconocer cuales son las razones de mi comportamiento para cambiarlas porque eso me lleva a unas consecuencias que no deseo en sí”.

De igual forma, a nivel académico se encuentra a la espera del grado y entrega de la tarjeta profesional, a nivel laboral verbaliza “mi objetivo ahora es conseguir empleo”, respecto a sus relaciones interpersonales la consultante ha logrado conectar a sus redes de apoyo social y hacer uso activo de estas, en cuanto al ocio refiere que ha retomado su hobby de pintar, así como la continua lectura en sus horas libres (véase anexo k).

Discusión

El trastorno de evitación experiencial es un patrón recurrente por el cual el individuo intenta modificar o eliminar sus eventos disconfortantes, consiguiendo un alivio inmediato pero improductivo y contraproducente a largo plazo, siendo dicho patrón la base de numerosos trastornos o conductas clínicamente relevantes (Hayes et al., 1996). Esta dimensión psicopatológica propuesta como alternativa para los sistemas diagnósticos se denomina inflexibilidad psicológica, siendo su contraparte la flexibilidad el resultado final u objetivo último de la interacción de los procedimientos terapéuticos (Álvarez, 2014), de esta manera se logra llevar a cabo la propensión de la consultante a ampliar sus procesos psicológicos indicados como aceptación, contacto con el momento presente, defusión, un sentido del yo como contexto y el yo como contenido, valores y el compromiso para con estos, siendo estos procesos el objetivo en el diseño del plan de intervención desde la terapia de aceptación y compromiso en el presente caso de estudio.

En consecuencia, el trabajo realizado para romper el patrón conductual de evitación experiencial de la consultante, descrito como la indisposición consciente a permanecer en contacto con sus eventos privados (pensamientos, recuerdos, emociones, sensaciones), aun cuando huir de estos disminuye la posibilidad de estar en contacto con refuerzos positivos o estímulos de reforzamiento, permitió identificar la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento de los patrones conductuales crónicos de evitación experiencial los cuales desde una perspectiva funcional proveen diversos problemas clasificados en los manuales sindrómicos que podrían agruparse como trastorno de evitación experiencial (Hayes et al., 1996; Luciano y Hayes, 2001),

De manera que dicho patrón da cabida a problemas como la ansiedad, depresión, delirios, entre otros, donde se tenga como principal eje la deliberada eliminación de contenidos psicológicos con un resultado parcialmente efectivo e inmediato pero provocando la exacerbación del evento privado implicado, obligando así a la persona a permanecer en la estrategia de evitación para “reducir” el valor aversivo (Luciano, 2001).

Como se ha descrito a lo largo del documento los elementos clave del tratamiento no suponían la extinción de las funciones aversivas puesto que las funciones evitativas aun cuando se lograra un contracondicionamiento permanecerían o reaparecerían dependiendo del contexto (Hayes, Orsillo y Roemer, 2010; Luciano et al., 2014), de modo que el logro del presente tratamiento se da sobre la base experimental del modelo apostando por la recontextualización de las crisis de ansiedad con componentes delirantes de naturaleza celotípica y episodios depresivos (y demás reacciones conductuales) de la consultante, los cuales le llevaban a un patrón de evitación de la experiencia respecto de los contenidos psicológicos, llevándole a resultados inhabilitantes respecto de lo que considera valioso y significativo en su vida (sus relaciones interpersonales, sus relaciones familiares y de pareja, su salud, ocio, academia), de modo que se ayudó a la consultante a situarse en vivir bien la vida que desea llevar alterando directamente la experiencia que esta tiene frente a sus crisis, estos resultados concuerdan con Blarrina (2012), quien expone las características esenciales del tratamiento ACT para la ansiedad, de igual forma, en Luciano y Gutiérrez (2001); Pérez (2001); Luciano y Valdivia (2006); Páez, Gutiérrez, Valdivia y Luciano (2006), se evidencia la eficiencia de ACT donde la aceptación continua del contenido psicológico altamente aversivo cobra sentido si se ubica en una dirección con significado para el(la) consultante.

Ahora, con respecto a los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas, de manera general se puede apreciar en la evaluación post-test de depresión puntuaciones bajas en distimia rasgo; con respecto a las puntuaciones altas en depresión estado, se infiere que las respuestas de la consultante estaban mediadas por la vivencia de ruptura temporal en la relación de pareja. Asimismo, se evidencian puntuaciones bajas en la evaluación post-test de aceptación y acción indicando un cambio sobre la evitación experiencial. Con respecto a las estrategias de afrontamiento disfuncionales se evidencian cambios como la infrecuencia actual en uso de las estrategias reacción agresiva y evitación cognitiva, incrementando por su parte el uso que antes no hacía de la estrategia búsqueda de apoyo social. En cuanto a los resultados post-test de ansiedad, no se evidencia cambios significativos respecto de la evaluación post test, cabe resaltar que la consultante tuvo tres recaídas; la primera de estas fue en la sesión número siete debido a una discusión con su pareja sentimental que involucra a una mujer (amiga de su pareja), la segunda para la sesión número once (un mes y nueve días después), relacionada con problemáticas a nivel familiar (conflictos entre sus figuras de autoridad), y sus crisis de ansiedad con componentes delirantes de naturaleza celotípica; y la tercera de estas fue para la sesión de seguimiento debido a un conflicto con su pareja sentimental, cabe mencionar que luego de dicha crisis la consultante resulta en urgencias del hospital, esto teniendo en cuenta los golpes que provee a su cabeza como respuesta al estímulo aversivo (véase anexo k). Estas reacciones privadas y negativas luego de la recaída fueron intervenidas con ejercicios de exposición en imaginación facilitando el contacto directo con el contenido psicológico que emerge como barrera (evitación experiencial), y conseguir mayor flexibilidad para elegir cómo responder y qué consecuencias obtener. Asimismo, se ayudó a la consultante a dar cuenta que dichas recaídas son circunstancias o situaciones valiosas en el curso de la terapia dado que esta no le exime de por

vida de dichos eventos, sino que es una forma y que parte de ella es aprender a responder ante lo que se siente y se piensa, aceptando los procesos privados que trae el hecho de recaer (Wilson y Luciano, 2002).

Conclusiones y recomendaciones

Se puede inferir que los resultados obtenidos confirman el logro del objetivo principal del presente caso de estudio, el cual consistía en diseñar un plan de intervención desde la terapia de aceptación y compromiso en un caso de evitación experiencial. Cabe señalar que las respuestas de la consultante frente a eventos privados aversivos están mediadas por las experiencias ansiógenas y verbalmente ligadas a las vivencias familiares y de pareja establecidas durante años, dejando de manifiesto la necesidad del continuo de la terapia para el presente caso.

De igual forma los resultados permiten dar cuenta de la eficacia de la terapia puesto que el modelo no exige el encasillamiento recalcitrante de la intervención psicológica, sino que promueve en la (el) clínica(o) su acción bajo un paradigma que explica las conductas humanas desde lo contextual, interactivo, funcional y analítico. De manera que el trastorno o disfuncionalidad no se encuentra en la persona en sí, sino que la persona se ve envuelta en unas circunstancias vitales que son problemáticas. Básicamente, los problemas psicológicos son tan solo problemas que ocurren en la vida más no enfermedades, puesto que deben ser vistas desde el contexto donde fueron conformadas el cual es consustancial a lo social.

De esta forma, se busca proporcionar condiciones para que las conductas de la (el) consultante permanezcan en un escenario de perspectiva y flexibilidad con respecto a sus procesos verbales, de manera que la terapia es entendida como un suministro de eventos o condiciones facilitadas a la persona para ayudarlo a aprender habilidades concretas que generen la perspectiva necesaria para sobresalir a las condiciones que le son dadas por la propia historia, y así, obtener “la libertad” de poder elegir aún con las barreras ya dadas.

En consecuencia, este modelo de terapia pone de manifiesto la inexistencia de un déficit en el sujeto que consulta siendo esto la causal del problema, en su lugar, explica que solo existen problemas procedentes de la acción recíproca entre el contexto actual y el contexto histórico.

Referencias

- Álvarez, M. P. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Ed. Síntesis.
- Barajas, S. (2014). *Evitación cognitivo-conductual, aceptación psicológica y mind+fulness en la psicopatología de la ansiedad y la depresión* (Doctoral dissertation, Universidad de Castilla-La Mancha).
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McHugh, L. y Hayes, S. C. (2004). Relational Frame Theory: some implications for understanding and treating human psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 355-375.
- Berns, S., Jacobson, N. y Christensen, A. (2000). Marital problems. En M. J. Dougher (ed.), *Clinical Behavior Analysis* (pp. 181-206). Context Press.
- Biglan, A., Lewin, L. y Hops, H. (1990). A contextual approach to the problem of aversive practices in families. In D. Patterson (ed.), *Depression and Aggression: Two facets of family interactions* (pp. 103-129). New York: Erlbaum.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of occupational health psychology*, 5(1), 156.
- Butler, J. & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of Life Research*, 16, 607-615.
- Blackledge, J.T & Hayes, S.C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 243-255.

- Páez, M., & Gutiérrez, O. (2012). Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Madrid: Pirámide.*
- Blarrina, M. B. P. (2012). ACT para el tratamiento de los trastornos del espectro ansioso. En *Múltiples aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso (ACT)* (pp. 73-88). Ediciones Pirámide.
- Chiles, J. A., & Strosahl, K. D. (1995). *The suicidal patient: Principles of assessment, treatment, and case management.* American Psychiatric Association.
- Craske, M. G., Street, L., & Barlow, D. H. (1989). Instructions to focus upon or distract from internal cues during exposure treatment of agoraphobic avoidance. *Behaviour research and therapy*, 27(6), 663-672.
- Dahl, J., Nilsson, A., & Wilson, K. G. (2002). Evaluation of a work-site ACT intervention for persons at risk for developing longstanding pain-stress symptoms. *Paper presented to the Convention Association for Behavior Analysis. Toronto.*
- Dougher, M. J., & Hackbert, L. (1994). A behavior-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst*, 17(2), 321-334.
- Dougher, M. J., Hamilton, D., Fink, B. y Harrington, J. (2007). Transformation of discriminative and eliciting functions of generalized relational stimuli. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 88, 179-198.
- Encinas, F. J. L., & López, M. C. (2014). *Psicología clínica basada en la evidencia.* Ediciones Pirámide.

- Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., & Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Ferro, R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, 12(3), 445-450.
- Forsyth, J. P. (2000). A process-oriented behavioral approach to the etiology, maintenance, and treatment of anxiety-related disorders. In M. J., Dougher, S. C., Hayes (eds.), *Clinical behavior analysis* (pp. 153-180). Context Press.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior modification*, 31(6), 772-799.
- Follette, V. M. (1994). Survivors of Child Sexual Abuse: Treatment Using a Contextual Analysis. In S. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette y M. J. Dougher (eds.), *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy* (pp. 255-268). Context Press.
- Garzón, L., & Rendón, M. (2011). Evaluación del impacto de la Terapia de Aceptación y Compromiso en la Evitación Experiencial de madres de recién nacidos de bajo peso, hospitalizados en Unidad Neonatal. *Trabajo de Grado Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología. Bogotá*.
- García Montes, J. M., & Pérez Alvarez, M. (2001). ACT como tratamiento de síntomas psicóticos. El caso de las alucinaciones auditivas. *Análisis y modificación de Conducta*.

- Gold, D. B., & Wegner, D. M. (1995). Origins of ruminative thought: Trauma, incompleteness, nondisclosure, and suppression. *Journal of Applied Social Psychology, 25*(14), 1245-1261.
- Guifford, E.V. y Hayes, S.C. (1999). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. En W. O'Donohue y R. Kitchener (Eds.), *Handbook of Behaviorism* (pp. 285-327).
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. & Strosahl, K.D. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimension approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152-1168.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E., Bissett, R., Batten, S., Piasecki, M. & Gregg, J. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy and 12-Step Facilitation in the treatment of polysubstance abusing heroin addicts on methadone maintenance: A randomized controlled trial. *In meeting of the Association for Behavior Analysis, Toronto.*
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (Eds.) (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1-25.
- Hayes, S.C. y Strosahl, K.D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer-Verlag.

Hayes, S.C. y Wilson, K.G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303.

Hayes, S.C. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. In S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press.

Hayes, S. (2004b). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.

Hayes, S.C. (1993). Goals and varieties of scientific contextualism. In S.C. Hayes, L.J. Hayes, H.W. Reese y T.R. Sarbin (Eds.), *The varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Context Press.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.

Hayes, S. A., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2010). Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 238-245.

Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.

- Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero, L.F. (2004). *DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies. Behavior Therapy, 35, 35-54.*
- Hernández López, M. (2007). *Comparación entre Distintos Tratamientos para el Tabaquismo: Estrategias de Aceptación vs. Estrategias de Control.* Almería: Editorial Universidad de Almería (tesis doctorales).
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation.* NY: Piadkus.
- Koemer, K., Jacobson, N. y Christensen, A. (1994). Emotional Acceptance in Integrative Behavioral Couple Therapy. En S. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette y M. J. Dougher (eds.), *Acceptance and Change: Content and context in psychotherapy* (pp. 109-118). Context Press.
- Labrador, F. y Fernandez-Alba, A. (1998). Juego patológico, En M. Vallejo (ed.), *Manual de terapia de conducta*, (Vol. 2) (pp. 143-214). Madrid: Dykinson.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder* (Vol. 51). New York: Guilford Press.
- Londoño, H., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D & Acevedo, C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de afrontamiento Coping modificada (EEC-M), en una muestra colombiana. *Universitas Psychological, 5(2), 327-349.*

- López, F. J. C. (1999). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema*, *11*(1), 1-12.
- LoPiccolo, I. (1994). Acceptance and Broad Spectrum-Treatment of Paraphilias. En S. Hayes, N. S, Jacobson, V. M. Follette y M. J. Dougher (eds.), *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy* (pp. 149-170). Context Press.
- Luciano, M.C., y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, *1*, 109-157.
- Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Barnes-Holmes, D. (2002). Establishing reports of saying and doing and discriminations of say-do relations. *Research in Developmental Disabilities*, *23*(6), 406-421
- Luciano Soriano, M. C., & Valdivia Salas, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, *27*(2).
- Luciano, M. C., & Gutiérrez, O. (2001). Ansiedad y terapia de aceptación y compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, *27*, 373-398.
- Luciano, M.C. (1999). La psicoterapia analítica funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, *25*, 497-584.
- Luciano, M. C. (2001). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Libro de casos. *Valencia: Promolibro*.
- Luciano, M. C., & Huertas, F. (1999). ACT through several cases. *Paper present in Association for Behavior Analysis. Chicago*.

- Luciano, C., Visdómine, J. C., Gutiérrez, O., & Montesinos, F. (2001). ACT (acceptance and commitment therapy) and chronic pain. *Análisis y modificación de conducta*, 27(113), 473-502.
- Luciano, C., Valdivia-Salas, S., Cabello, F., & Hernández, M. (2009). Developing self-directed rules. *Derived Relational Responding. Applications for learners with autism and other developmental disabilities*, 335-352.
- Luciano, C., Valdivia-Salas, S., Ruiz, F. J., Rodríguez-Valverde, M., Barnes-Holmes, D., Dougher, M. J., & Gutierrez-Martínez, O. (2014). Effects of an acceptance/defusion intervention on experimentally induced generalized avoidance: A laboratory demonstration. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 101(1), 94-111.
- Luciano, C., Gómez, S., Hernández, M., y Cabello, F. (2001). Alcoholismo, evitación experiencial y terapia de aceptación y compromiso. En Luciano, M. C. (2001). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Libro de casos. Valencia: Promolibro.*
- Luciano, M.C., Rodríguez, M. y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.
- Marlatt, G. A. (1994). Addiction, mindfulness, and acceptance. *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*, 175-197.
- Millon, T. (1999a). MCMI-II. *Inventario clínico multiaxial de Millon-II. Manual*. Adaptación española de Ávila, E., (Dir.), F. Jiménez Gómez (Coord.) y cols. Madrid: TEA.

- Montesinos Marín, F., Hernández Montoyo, B., & Luciano Soriano, M. C. (2001). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes enfermos de cáncer. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 503-523.
- McCarthy, P. R. y Foa, E. B. (1990). Obsessive-compulsive disorder. En M. E. Thase, B. A. Edelstein y M. Hersen (eds.), *Handbook of outpatient treatment of adults: Nonpsychotic mental disorders* (pp. 209-234). New York: Plenum.
- McCurry, S. M. y Schmidt, A. (1994). Acceptance, Serenity, and Resignation in Elderly Caregivers. En S. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette y M. J. Dougher (eds.), *Acceptance and Change: Content and Context y Psychotherapy* (pp. 237-251). Context Press.
- Nash, H. M., & Farmer, R. (1999). Modification of bulimia-related behavior in the context of acceptance and commitment therapy. *Comunicación presentada en Association for Behavior Analysis. Chicago, IL.*
- Páez, M., & Gutiérrez, O. (2012). Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Madrid: Pirámide.*
- Pérez, A, M. (2001). Afinidades de las nuevas terapias. *International Journal of Health and Clinical Psychology*, 1, 15-23
- Polusny, M. A., & Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and preventive psychology*, 4(3), 143-166.

- Rivero, P. F. P., & Rodríguez, A. F. U. (2016). Terapia de aceptación y compromiso en un caso de trastorno mixto de ansiedad y depresión en una paciente con cáncer. *Psicooncología*, 13(1), 101.
- Roldán, J. M. M. (2012). Síntomas disociativos y evitación experiencial: aplicación de ACT en dos estudios de caso. En *Múltiples aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso (ACT)* (pp. 163-182). Ediciones Pirámide.
- Spielberger, A., Martínez, F., González, L., Natalicio, L & Díaz, R. (1980). *Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (IDARE)*. México: Editorial el manual moderno, S.A
- Spielberger, C.D., Buela-Casal, G. & Agudelo, D. (2008). *Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)*. Madrid: TEA ediciones.
- Stroshal, K. (1991). Cognitive and behavioral treatment of personality disordered patient. En C. Austad y B. Berman (eds.), *Psychotherapy in managed health care: The optimal use of time and resources* (pp. 185-201). Washington: APA.
- Valverde, M. R., Luciano, C., & Barnes-Holmes, D. (2009). Transfer of aversive respondent elicitation in accordance with equivalence relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 92(1), 85-111.
- Vilardaga, R., Hayes, S.C., Atkins, D.c., Bresee, C. & Kambis, A. (2013). Comparing experiential acceptance and cognitive reappraisal as predictors of functional outcome in individuals with serious mental illness. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 425-433

- Wilson, K. G., & Soriano, M. C. L. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Ediciones Pirámide.
- Wilson, K.G. & Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso: un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wulfert, E. (1994). Acceptance in the treatment of alcoholism: a comparison of alcoholics anonymous and social learning theory. *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*, 203-217.
- Zaldívar, F., & Hernández, M. (2001). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Application to experiential avoidance with agoraphobic form. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 425-454.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason-giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4(1), 30-38.
- Zettle, R. D., & Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 436-445.

Anexos

Anexo a. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, _____ mayor y vecino (a) de la ciudad de _____ e identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, me permito manifestar que he sido informado sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica, la cual será atendida por un Psicólogo en formación y un Psicólogo asesor.

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

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

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

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

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

De otra parte, y comprendiendo que el servicio es prestado por una Institución de Educación Superior dentro de un proceso académico, autorizo de forma expresa e informada a la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** a través de su IPS y/o a sus colaboradores y estudiantes, para que traten la información demográfica que se derive de las consultas realizadas con la finalidad de llevar a cabo investigaciones, obtener resultados y objetivos académicos y realizar publicaciones de tipo científico y/o académico que se requieran, esto siempre que al momento de realizar cualquier informe, entrega o similares, la información sea tratada frente a terceros de forma anonimizada; es decir, la información se comparta sin que medie la identificación plena de la persona

que constituye nuestro representado. Se aclara que no serán tratados los datos de salud y relacionados con la intimidad del paciente para temas distintos a la atención en consulta y la realización de los tratamientos que correspondan de acuerdo con las normas aplicables al ejercicio de la psicología, esto junto a todos aquellos usos que respecto del material recaudado exija o autorice la normatividad vigente.

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

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:

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

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

Firman, Fecha _____

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

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

3.2 Historial de la situación

3.3 Intentos previos para solucionarlo

3.4 Percepción de la situación desde el consultante

3.5 Redes de apoyo del/la consultante

4. ASPECTOS FAMILIARES

4.1 Familiograma

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Relación del menor con esta persona

4.2 Observaciones generales del ambiente familiar

8. ÁREA LABORAL / OCUPACIONAL			
Empresa	Cargo	Tiempo de vinculación	Relaciones interpersonales en el ámbito laboral
Observaciones generales de la historia laboral			
9. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES			
10. CONDUCTAS DE RIESGO			

Conducta	Edad De Inicio			Dificultades Presentadas A Causa De Esta Situación	Alternativas Para Manejar La Problemática
	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia		
Actividad Sexual					
Uso de Alcohol				Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática
Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					
11.OBSERVACIÓN GENERAL DEL USUARIO (Examen mental)					
12. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V)					
13. PLAN DE TRATAMIENTO					

Anexo c. Formato de entrevista

FORMATO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Datos sociodemográficos:

Nombre, edad, fecha de nacimiento y lugar, dirección, teléfono, estudios, profesión, situación laboral (dónde trabaja, qué hace), pareja actual, con quien convive y cómo es la relación con dichos miembros.

- Descríbame su motivo de consulta :
- Descríbame con exactitud qué ocurre, cómo era antes, cuánto tiempo lleva con la problemática, cual es la frecuencia de ocurrencia, hasta qué punto afecta el problema la vida diaria y a quienes involucra, qué piensan estas personas.
- ¿Podría especificar en qué situaciones aparece el problema?, lugares, personas, hora, día
- ¿Qué piensa, siente o hace cuando ocurre el problema? ¿qué hace piensa y siente durante la situación y después de la situación? ¿Cuándo ha pasado lo peor?
- ¿Qué hace que el problema mejore o se disipe y qué hace que empeore?
- ¿Cuándo se lo contó a alguien y/o recurrió a ayuda profesional? ¿desde entonces ha mejorado o empeorado?
- ¿Qué intentos de solución ha realizado?
- ¿Por qué cree usted que le ocurre esto?
- ¿Hasta qué punto le interesa solucionar el problema? ¿Cuánto se ha esmerado por solucionar el problema? ¿le ha resultado? ¿Quién le ha ayudado?
- ¿Qué espera del proceso terapéutico?

Anexo d. Formato de autoregistro

Fecha y hora	Situación, evento estresante.	Pensamientos automáticos (evaluar grado de creencia de 0 a 10)	Emociones y sentimientos (evaluar grado de intensidad de 0 a 10)	Cuando ocurre (contexto), personas involucradas	Consecuencias
--------------	-------------------------------------	---	---	---	---------------

Anexo e. Inventario de depresión estado/rasgo IDER

IDER

IDER Nombre: _____ Fecha: _____
 Dirección: _____
 Sexo: M F Edad: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí misma. Por favor, lea las correspondientes a la columna de su sexo (VARONES o MUJERES) y rodee con un círculo el número que más se aproxime a cómo se siente **EN ESTE MOMENTO** y **GENERALMENTE**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos actuales y cómo se siente en la mayoría de las ocasiones.

DEBE CONTESTAR EN LA COLUMNA DE SU SEXO.

VARONES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenado	1	2	3	4
3. Estoy decaído	1	2	3	4
4. Estoy animado	1	2	3	4
5. Me siento desdichado	1	2	3	4
6. Estoy hundido	1	2	3	4
7. Estoy contento	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmado	1	2	3	4
10. Me siento enérgico	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTÍNE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciado	1	2	3	4
13. Me siento pleno	1	2	3	4
14. Me siento dichoso	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaído	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundido	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgico	1	2	3	4

MUJERES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenada	1	2	3	4
3. Estoy decaída	1	2	3	4
4. Estoy animada	1	2	3	4
5. Me siento desdichada	1	2	3	4
6. Estoy hundida	1	2	3	4
7. Estoy contenta	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmada	1	2	3	4
10. Me siento enérgica	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTÍNE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciada	1	2	3	4
13. Me siento plena	1	2	3	4
14. Me siento dichosa	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaída	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundida	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgica	1	2	3	4



Autor: Ch. D. Spielberger.

Copyright © 2008 by TEA Ediciones, S.A. Madrid, España - Este ejemplar está impreso en **BOB YENDO** - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

Anexo f. Inventario de ansiedad estado/rasgo IDARE



Actividad de aprendizaje 4. Manual IDARE

IDARE

Inventario de Autoevaluación
por

C.D. Spielberg, A. Martínez-Urrutía, F. González-Reigosa, I. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

SXE

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	1	2	3	4
2. Me siento seguro(a)	1	2	3	4
3. Estoy tenso(a)	1	2	3	4
4. Estoy contrariado(a)	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado(a)	1	2	3	4
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado(a)	1	2	3	4
9. Me siento ansioso(a)	1	2	3	4
10. Me siento cómodo(a)	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	1	2	3	4
12. Me siento nervioso(a)	1	2	3	4
13. Me siento agitado(a)	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento reposado(a)	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho(a)	1	2	3	4
17. Estoy preocupado(a)	1	2	3	4
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

D. R. © 1990 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

0111

Impreso en verde y negro. NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

LANTOPIAS

		1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Casi siempre					6 Siempre							
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
					↓													
18.	Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
19.	Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
20.	Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
21.	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
22.	Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
23.	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
24.	Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
25.	Tengo fe en que Dios remedie la situación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
26.	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
27.	No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
28.	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
29.	Dejo que las cosas sigan su curso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
30.	Trato de ocultar mi malestar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
31.	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
32.	Evito pensar en el problema	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
33.	Me dejo llevar por mi mal humor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
34.	Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
35.	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
36.	Rezo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
37.	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
38.	Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
39.	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
40.	Me resigno y dejo que las cosas pasen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
41.	Inhibo mis propias emociones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
42.	Busco actividades que me distraigan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
43.	Niego que tengo problemas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
44.	Me salgo de casillas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
45.	Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
46.	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
47.	Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
48.	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					

*Anexo h. Cuestionario de personalidad de Millon MCMI II***CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)**

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro más a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían de castigar por lo que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.

38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente posible muchas veces enlentece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar la llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.

73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.

- 108.Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
- 109.Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
- 110.Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
- 111.Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
- 112.Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
- 113.Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy a ir en la vida.
- 114.Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
- 115.A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
- 116.La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
- 117.Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
- 118.Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
- 119.Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
- 120.Mucha gente piensa que no sirvo para nada.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMII-II)

- 121.Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
- 122.Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
- 123.Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.
- 124.Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
- 125.Me resulta fácil hacer muchos amigos.
- 126.Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
- 127.Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
- 128.Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
- 129.No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
- 130.He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
- 131.Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
- 132.Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
- 133.Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
- 134.Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
- 135.Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
- 136.En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
- 137.Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
- 138.La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
- 139.Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
- 140.El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
- 141.Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
- 142.Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.

- 143.No me importa que la gente no se interese por mí.
- 144.Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
- 145.La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
- 146.Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
- 147.Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
- 148.A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
- 149.Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
- 150.No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
- 151.En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
- 152.En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
- 153.Estoy de acuerdo con el refrán:"Al que madruga Dios le ayuda".
- 154.Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
- 155.Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
- 156.Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
- 157.En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
- 158.Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
- 159.Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
- 160.Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMII-II)

- 161.Rara vez me emociono mucho con algo.
- 162.Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.
- 163.No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
- 164.Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
- 165.Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
- 166.Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
- 167.Últimamente me siento completamente destrozado.
- 168.A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
- 169.Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
- 170.Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
- 171.Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
- 172.Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
- 173.Prefiero estar con gente que me protegerá.
- 174.He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y con energía que luego he estado bajo de ánimo.
- 175.En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y alcohol.

FIN DE LA PRUEBA

COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO SIN CONTESTAR

ALGUNA FRASE.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Anexo i. Cuestionario de aceptación y acción AAQ

Apéndice D

Cuestionario de Aceptación y Acción. (AAQ)

Nombre: _____

Fecha: _____

A continuación encontrará una lista de enunciados. Por favor, escriba en la casilla del frente el puntaje para cada uno de acuerdo a lo que usted crea. Utilice la escala a continuación para hacer su elección.

Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
0	1	2	3

ENUNCIADO	PUNTAJE
Tenga o no tenga claro cuál es el mejor modo de resolver un problema, me pongo en marcha.	
Muchas veces me descubro fantaseando sobre cosas que he hecho y que haría de forma distinta si tuviese otra oportunidad.	
La verdad es que cuando estoy deprimida o ansiosa no soy capaz de enfrentar mis responsabilidades.	
Me preocupa tener bajo control mi ansiedad, mis preocupaciones o mis sentimientos.	
Mis sentimientos no me dan miedo.	
Cuando evalúo algo negativamente, usualmente reconozco que es sólo una reacción y no un hecho objetivo.	
Cuando me comparo con otras personas tengo la impresión de que la mayoría lleva su vida mejor que yo.	
La ansiedad es mala.	
Ojalá pudiera borrar por arte de magia todas las experiencias dolorosas que he tenido en la vida.	

Versión original del AAQ:

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Psitorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Forsyth J.P., Karekla, M., McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.

Versión española del AAQ:

Barraca, J., (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol 4, No 3, pp 505-515.

*Anexo j. Estudio de caso***Estudio de caso****Historia clínica**

Nombre: N.J.L.E

Edad: 24

Nacimiento: 17 de agosto de 1994

Ciudad: Cúcuta/Norte de Santander

Estado civil: Soltera

Escolaridad: Universitaria

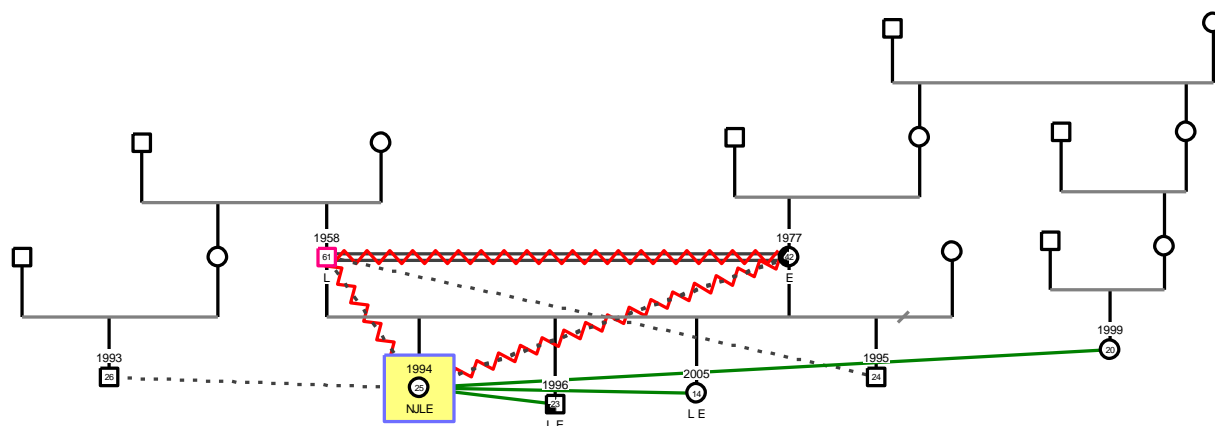
Cargo: Estudiante

Lugar de intervención: IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana

¿Ha recibido previamente tratamiento psicológico? - No

¿Consume sustancias psicoactivas? – No

Genograma



Estructura familiar

N.L.E de 25 años pertenece a una familia extensa, convive con su padre de 61 años (fiscal), madre de 42 años (ama de casa), hermano menor de 23 años (estudiante de noveno semestre de derecho), hermana menor de 14 años (8vo grado), primo paterno de 25 años (egresado de cinematografía), y prima materna de 20 años (estudiante de primer semestre de contabilidad). Ciclo vital familiar con hijos universitarios (hasta que el primer hijo abandona el hogar). Cabe señalar que el padre tuvo un hijo por fuera del matrimonio, hijo que actualmente oscila en la edad del hermano menor de la consultante, siendo esta la única en su familia nuclear quien sabe al respecto, de igual forma se hace relevante mencionar que no existe ningún tipo de contacto entre la consultante y su hermanastro. Según la consultante, las interacciones parentales siguen un patrón relacional cercano-hostil, asimismo, se identifica un vínculo afectivo distante-hostil con sus figuras de autoridad (padre y madre), refiere, *“con mi papá nunca nos preguntamos cómo estamos”* *“con mi mamá yo no puedo opinar sobre nada porque si yo digo algo, pelea conmigo”*, *“a veces hablan de mi estando yo ahí y hablan como si yo no los estuviera escuchando y hablan feo de mi”*. Añade, *“yo nunca cuestiono la orden, les tengo miedo, siento*

que siempre tengo que obedecer”, “si alguien dice algo de mí, yo no reacciono, yo le hago caso hasta a mi hermanita”, al cuestionar dicha creencia sobre la autoridad de su figura materna y paterna, refiere, “si les digo, los cuestiono y les doy a entender lo que hacen, se van a sentir mal y se van a burlar de mí”. Se cuestiona dicha creencia al indagar sobre los roles familiares, la consultante manifiesta que su antiguo papel en el sistema familiar, era cuidar de su hermano menor y mediar en los conflictos de sus figuras de autoridad; acerca del rol que ejerce ahora, refiere, “creo que es el mismo, pero no lo hago como antes, como soy distante entonces ellos se alejan porque no ayudo como antes, a los planes familiares ya no asisto con frecuencia, antes todos los fines de semana íbamos todos (madre, padre, hermano menor y hermana menor), a la finca, desde hace dos meses yo ya no voy”.

Asimismo, al indagar sobre su creencia acerca de la autoridad, es decir, dicho comportamiento manifiesto en otros contextos, expresa, *“en el trabajo me pasa igual, si llega un usuario y me trata mal, que ya me ha pasado, simplemente yo no digo nada, no reacciono, me voy a llorar”, “me culpo porque no hago nada”, “cuando hago algo o me pasa algo, y viene a mi cabeza la situación, me siento mal, me siento culpable y me digo, ¡no voy a estar más triste!” y pienso en otras cosas”.*

En cuanto a su primera infancia, se identifican patrones rígidos (recalcitrantes), en las pautas de crianza; manifiesta la consultante, *“siempre hubo castigo físico por algo que se hiciera mal, yo sabía que no me pegaban si no lo hacía mal”, “siempre fui muy buena en el colegio, cuando mi mamá y papá peleaban yo me iba a estudiar, hacía mis tareas, adelantaba cosas, siempre he sido muy responsable en lo académico”, “ahora es lo mismo, me centro en las cosas que tengo que hacer, en la universidad y en el trabajo para no pensar”, añade, “también recuerdo que cuando chiquita casi no comía, no me gustaba comer”.* Cabe señalar, que el hermano menor de

22 años (actualmente 23), hace aproximadamente dos meses (inicio de sesiones de la consultante), realiza un proceso psicológico puesto que su carrera universitaria iba en detrimento de graduarse, lo remite la institución a dicho proceso, en este según la consultante, la profesional encargada realizó una hipótesis diagnóstica de depresión y se trata en la misma terapia (la consultante desconoce el tratamiento y los posibles resultados del mismo). De igual forma, la madre de la consultante padece neuralgia del trigémino y se encuentra en constante tratamiento farmacológico; el padre de la consultante, según lo relatado por la misma, presenta síntomas diagnósticos para el juego patológico.

Motivo de consulta

Consultante femenina quien asiste a consulta psicológica de manera voluntaria. Manifiesta, “necesito aprender a manejar mis emociones sin herir”.

Descripción de la historia de vida

N.L.E nace el 17 de agosto de 1994 en Cúcuta, Norte de Santander. La madre tenía 17 años al momento del embarazo (deja el colegio) y el padre 36 años (profesional universitario), juntos deciden mudarse y vivir en El Guacamayo, un municipio de Santander. A la edad de dos años nace su hermano menor, según expresa la consultante, a lo largo de su infancia el padre tenía salidas hasta altas horas de la noche y en ocasiones no asistía a la casa, de esta manera relata que, su madre la enviaba al lugar al cual se reunía el padre como forma de obligarlo a asistir temprano a casa; y así, hasta que poco después, se mudan la madre, la consultante y su hermano a Bucaramanga, por su parte, el padre se queda en dicho municipio por cuestiones laborales, este los visitaba cada fin de semana.

Según manifiesta la consultante, el padre a vuelve a vivir con ellos cuando esta tenía 15 años, expresa que a lo largo del tiempo hasta la actualidad ha presenciado violencia verbal y psicológica por parte de ambas figuras, así como el involucramiento de ella en dicha pauta parental relacional, expresa *“mi papá me mandaba a hablar con mi mamá, me decía que la calmara” “el terminaba yéndose y yo me quedaba con mi mamá, ella lloraba mucho y yo me encerraba en el baño también a llorar” “en ocasiones yo tenía que hacerme cargo de mi hermano” “yo siempre vi a mi mamá sufrir mucho y me siento tan cargada de sus emociones”, “tengo miedo de llegar a ser como mi mamá y a veces siento que lo soy”* (llanto).

A la edad de 10 años asistió a una cita médica regular, expresa la consultante que en dicho espacio el médico inicia a indagar acerca de su vida personal, pregunta sobre ella y sobre su familia, refiere la consultante que ella llora desmedidamente y este prescribe fluoxetina, toma dicho medicamento por 6 meses y lo deja tras notar que se siente embotada cada vez que lo usa. A sus 11 años nace su hermana menor.

Posterior a ello, a la edad de 12 años fue remitida a psicología en el colegio debido a llantos recurrentes, asistió la primera sesión de evaluación pero no continuó, manifiesta *“no me sentí a gusto”*. Desde entonces, la consultante no ha acudido a ninguna ayuda profesional, hasta el momento presente.

Actualmente, cursa décimo semestre de derecho, con un desempeño académico acorde a lo exigido. Respecto de las relaciones con pares, según refiere la consultante, no mantiene un grado de cercanía con ninguna persona en particular, expresa, *“yo nunca le cuento nada a nadie, nada de mis cosas, de mi familia”*. Mantiene una relación estable con un hombre de 25 años desde hace aproximadamente un año y un mes, identificando a dicha persona como su principal y única red de apoyo hasta el momento, siendo dicha figura quien le persuade de asistir a terapia.

Manifiesta que su pareja al inicio de la relación era comprensivo respecto de sus sentimientos y emociones, sin embargo, expresa, *“ahora es burla más no comprensión”*, creencia que ha llevado a diversas discusiones que se han venido presentando a lo largo del último año con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana; expresa, *“empecé a lastimarlo, soy grosera y hostil, en ocasiones lo trato mal”*, *“si me estreso voy a ser grosera”*,” Añade, *“yo siempre he sido muy triste desde que recuerdo, en la casa lloraba todas las noches y para mí la tristeza nunca ha sido un problema”*, al indagar al respecto, menciona, *“es un problema cuando hablo de mí y eso involucra a mi pareja porque él ha venido descubriendo hace más o menos un año, mis llantos, mi tristeza y ahora discutimos, soy grosera”* (llanto).

En consecuencia, la consultante relata que hace menos de un año se autolesiona golpeando su cabeza contra la pared, expresa, *“me golpeo cuando me siento culpable por algo que hice”*, situación que se presentó por última vez el 19 de agosto de 2018 en una discusión que tuvo con su pareja, según ella, esto ha ocurrido 4 veces. De igual forma, al indagar sobre ideas o pensamiento suicidas, se confirma la existencia de estos, sin embargo refiere, *“no me suicidaría porque prefiero estar triste yo que poner triste a otros”*. No se identifica riesgo suicida inminente.

Ciclo vital

La consultante NL se encuentra en ciclo vital de joven. Estima sobre si misma que a lo largo de su vida se ha caracterizado por ser una persona triste, imposibilitada para alcanzar objetivos a largo plazo y mantenerlos.

Embarazo

No reporta información que lo indique.

Infancia

La consultante manifiesta que realizó sin inconveniente sus estudios primarios. Asimismo, refiere que a la edad de tres años, el padre abandona el hogar por cuestiones laborales, teniendo visitas con una frecuencia moderada los fines de semana., relata que a lo largo de su infancia y adolescencia se vio envuelta en la pauta parental relacional, y adoptando el rol de “madre-padre” para con su hermano menor. De igual forma, expresa que ha experimentado episodios de ansiedad a lo largo de su vida debido a los conflictos familiares, extrapoliándose esto a sus relaciones de pareja. Afirma que su figura materna es una persona tendiente a la depresión puesto que la mayor parte del tiempo en sus recuerdos de infancia y adolescente y actuales (algunos), estaba llorando, lamentándose por el comportamiento del padre, describiéndolo como una persona distante y hostil.

Adolescencia

En esta etapa culminan sus estudios de bachillerato, su padre vuelve a la ciudad (Bucaramanga), e inicia a vivir nuevamente con ella, su hermano menor tenía aproximadamente 13 años y su hermana menor aproximadamente 4 años.

Joven

Se encuentra actualmente terminando sus estudios universitarios como abogada, refiere que obtiene dicho título en marzo de 2019. No se encuentra vincula a ninguna empresa laboral, sin embargo mantiene trabajos de oficina constantes con sus padre con diversos casos, ejerciendo de esta manera sus conocimientos al respecto.

Contexto

<i>Familiar</i>	La estructura familiar de la consultante está conformada por sus figuras de autoridad, hermano menor, hermana menor, un primo paterno y una prima en tercer grado consanguinidad.
<i>De pareja</i>	NL se encuentra en una relación sentimental desde hace más de un año. En esta se ha visto envuelta en diversas discusiones debido a ideas irracionales que rozan el delirio de naturaleza celotípica. Comportamiento que se manifestó con su ex pareja con la cual tuvo una relación de cuatro años.
<i>Social</i>	NL no presenta dificultades para entablar conversaciones que le lleven a relacionarse interpersonalmente, sin embargo no mantiene disposición frente al uso de las redes de apoyo social aislándose en ocasiones de estas en momentos de crisis.
<i>Salud</i>	La consultante refiere que ha mantenido conductas poco saludables e higiénicas en sus espacios de descanso y de trabajo en casa, causando esto imposibilidad real de descanso en las horas de sueño, así entorpecimiento al intentar encontrar y utilizar las herramientas que necesita, de igual forma relata que sus hábitos alimenticios oscilan entre comer a deshoras o no comer y saltar a la siguiente comida, generando esto descompensación física y emocional.
<i>Ocio</i>	Manifiesta que realizaba ciertos hobbies que ha dejado, como dibujar, pintar, cocinar diferentes platos (experimentar), viajar, entre otros, los cuales se fueron retomando gradualmente en el proceso de intervención.
<i>Académico</i>	La consultante se encuentra en proceso de grado, refiere recibir el título en marzo del año 2019.

Evaluación

Instrumentos utilizados

- Cuestionario de Personalidad de Millon (MCMI-II).
- Escala de Estrategias de Afrontamiento de Coping.
- Inventario de ansiedad estado/rasgo (IDARE).
- Inventario de depresión estado/rasgo (IDER).

El siguiente instrumento se utilizó como recurso terapéutico más que como un instrumento de medición conductual.

- Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ) adaptación de Garzón y Rendón (2011).
- Formulario de valores (Wilson et al., 2002).

Examen mental físico y conductual

Consultante femenina de 24 años quien asiste a valoración psicológica por primera vez por voluntad propia y sin compañía, vestida acorde a su edad y sexo, orientada auto y alopsíquicamente. Presenta un lenguaje claro y coherente sin alteraciones de la sensopercepción y memoria, responde a estímulos visuales, auditivos y táctiles, se muestra empática y colaborativa, a medida que avanza la sesión logra encauzar su discurso. Se identifica llanto fácil a lo largo de la sesión, rumiaciones, afecto negativo, recelo en situaciones sociales, ideas irracionales sobre la autoridad y sobre sí misma, sentimientos de desesperanza, soledad, tristeza, culpa, miedo, angustia, rechazo, desolación, confusión, entre otros. El estado de ánimo es predominantemente deprimido desde hace aproximadamente un año, según la consultante, con una intensidad moderada presente la mayor parte del día y con un nivel de afección alto, que involucra su área familiar, social, laboral y de pareja. Asimismo, se identifica preocupación frente a conductas dependientes hacia su pareja sentimental, así como una falta de confianza en la propia capacidad de cuidar de sí misma.

Asimismo, durante la intervención la consultante mantiene una postura relajada, hombros bajos, contacto visual intermitente y adecuado tono de voz; se evidencia un estado de ánimo deprimido, llanto fácil, sentimientos de desesperanza, inutilidad, culpa omnipresente e ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado. No se evidencia riesgo suicida.

Análisis funcional de la conducta

<p>Respuesta cognitiva</p>	<p>Pensamientos automáticos: <i>“tengo miedo de llegar a ser como mi mamá y a veces siento que lo soy”, “yo siempre vi a mi mamá sufrir mucho y me siento tan cargada de sus emociones”, “ahora es burla más no comprensión”, se van a sentir mal y se van a burlar de mí”, “me digo, ¡no voy a estar más triste! y pienso en otras cosas”, “él prefiere hacer otras cosas en vez de ayudarme”, “me deja sola, siento que ya no me tiene paciencia”, “tengo miedo”</i></p> <p>Atribuciones internas, estables y globales: <i>“yo siempre he sido muy triste”, “para mí la tristeza nunca ha sido un problema”, “no me suicidaría porque prefiero estar triste yo que poner triste a otros”, “yo nunca cuestiono la orden”, “siento que siempre tengo que obedecer”, “yo le hago caso hasta a mi hermanita”, “yo lo le importo a nadie”</i></p> <p>Expectativas negativas: <i>“con mi mamá yo no puedo opinar sobre nada porque si yo digo algo, pelea conmigo”, “si alguien dice algo de mí, yo no reacciono”, “cuando hago algo o me pasa algo, y viene a mi cabeza la situación, me siento mal, me siento culpable”, “si me estreso voy a ser grosera”,</i></p>
<p>Respuesta motora</p>	<p>Llanto</p> <p>Conductas de evitación: <i>“me golpeo cuando me siento culpable por algo que hice”, “me culpo porque no hago nada”, “cuando hablo de mí, mi tristeza es un problema”</i>. No es asertiva dado que tiende a la impulsividad y enojo cuando discute con su pareja, pero a nivel familiar y laboral, es apacible y</p>

tranquila aun cuando siente que necesita ser escuchada y reconocida. Asilamiento social y familiar.

Conductas de sumisión: *“si llega un usuario y me trata mal, que ya me ha pasado, simplemente yo no digo nada, no reacciono, me voy a llorar”, “con mi mamá yo no puedo opinar sobre nada”*.

Conductas de enfado: se muestra grosera y hostil en las discusiones con su pareja, se molesta con este cuando cree no ser comprendida por él, *“si me estreso voy a ser grosera”, ahora es burla más no comprensión”,* asimismo, siente enfado y culpa consigo misma cuando no responde asertivamente frente a una situación considerada como amenazante, esto a nivel familiar y laboral, *“yo no digo nada, no reacciono, me voy a llorar”, “me culpo porque no hago nada”*.

Respuesta emocional/afectiva

Tristeza
 Angustia
 Miedo
 Enojo
 Desesperanza
 Melancolía
 Preocupación
 Culpa
 Sentimientos de soledad
 Represión emocional
 Confusión respecto de sus conductas de Evitación

Respuesta fisiológica

Ansiedad
 Inquietud motora
 Sudoración
 Taquicardia

Enrojecimiento
Cansancio
Tensión muscular
Voz entrecortada
Respiración agitada

Consecuencias
a corto plazo y largo plazo.

De las conductas de evitación: a corto plazo las conductas autolesivas asociadas a la evitación emocional (tristeza, culpa), pueden aliviar, inhibir o disminuir dicho malestar “reemplazado” por malestar físico (refuerzo negativo). Asimismo, su inacción acerca de un evento o situación que le genera conflicto emocional, puede aliviar la ansiedad que pudiese aparecer al verse enfrentando dicho estímulo, percibido como amenazante (refuerzo negativo). De igual forma, evitar hablar sobre sí misma, su propia vida e historia puede disminuir sus sentimientos de tristeza y melancolía (refuerzo negativo), así como eludir la comunicación asertiva en su ambiente familiar y la obstaculización para con sus vínculos parentofiliales, puede disminuir el malestar de confrontar dichas situaciones (refuerzo negativo). Respecto de su desempeño laboral, a corto plazo alivia su miedo y ansiedad por no tener que generar un reencadre para con los usuarios que se expresan con ella de manera hostil (refuerzo negativo).

En consecuencia, dichas conductas de evitación a largo plazo pueden incrementar sus sentimientos de culpa, ansiedad, tristeza y desesperanza al no verse capaz de enfrentar y resolver las diferentes vicisitudes o situaciones consideradas como amenazantes, incrementando así la credibilidad acerca de sus expectativas negativas y por consiguiente aumentarán sus respuestas motoras de llanto.

De las conductas sumisas: a corto plazo alivian el malestar de tener que responder al padre y a la madre y expresar lo que piensa (refuerzo negativo). A largo plazo, incrementarán sus respuestas cognitivas estables y globales y los sentimientos asociados a ello.

De las conductas de enfado: las discusiones con su pareja y la falta de asertividad en la comunicación con este ha generado rupturas en la relación (castigo), sin embargo, luego de un tiempo deciden continuar en relación (refuerzo positivo). Por otra parte, su falta de comunicación a nivel familiar a corto plazo inhibe la sensación de malestar psicológico, de igual forma a nivel laboral. En consecuencia, a largo plazo el vínculo afectivo con su pareja podría ir detrimento y en incremento de sentimientos de impotencia por no poder expresarse asertivamente; a nivel familiar los lazos afectivo con sus figuras de autoridad a largo plazo podrían deteriorarse, al acumular sentimientos de enfado y frustración, al no poder expresarles sus sentimientos negativos, incrementando así sus sentimiento de desesperanza y culpa. De igual forma, su ámbito laboral a largo plazo podría verse afectado al no decir lo que piensa o realizar encuadres a los usuarios, aumentando así sus atribuciones internas y globales.

Contenidos	Intentos de solución	Consecuencias a corto plazo	Consecuencias a largo plazo
<p>Discusiones con su pareja porque cree que no la comprende.</p> <p><i>Reacciones privadas molestas:</i> tristeza, ansiedad, culpa soledad, rechazo.</p> <p><i>Pensamientos de:</i> él se burla, no me comprende, me deja sola.</p> <p>Sentimientos de culpa porque no se expresa asertivamente en las discusiones con este y le agrade verbalmente.</p> <p>Preocupación frente a la relación, temor de las represalias (ruptura).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se golpea en la cabeza, llora, rumiación, no es empática con su pareja, le deja con la palabra en la boca, no le escucha, piensa en otras cosas, expresa sentimientos negativos y justifica su comportamiento en vez de afrontar el problema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alivio de tensión y ansiedad. Sensación de tener razón y estar en lo correcto respecto de sus posturas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro en la comunicación. • Ruptura de la relación. • Bajo control de impulsos emocionales • Aislamiento
<p>La falta de comunicación con sus figuras de autoridad le genera tristeza al no poder expresarse asertivamente.</p> <p><i>Reacciones privadas molestas:</i> miedo, desesperanza, culpa por no reaccionar asertivamente ante situaciones que le generan conflicto emocional a nivel familiar, piensa que</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No opina, se silencia, llora, no piensa en ello, evita hablar del tema, se aísla, es pasiva/inhibición conductual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alivio de ansiedad, disminución del malestar psicológico asociado a enfrentar la situación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los lazos afectivos con sus figuras de autoridad a largo plazo podrían deteriorarse, al acumular sentimientos de enfado y frustración.

si toma acción se van a sentir mal, sensación de defraudarlos.

Pensamientos de ser poco útil, de no ser capaz de reaccionar cuando una persona en su ámbito laboral le trata de manera hostil. Sentimientos de tristeza y culpa.

- No piensa en la situación, llora, no se expresa con otros, escape.

- Alivia el miedo y ansiedad asociado a ello.

- Incremento en los sentimientos de culpa, tristeza, al no verse capaz de enfrentar y resolver las situaciones, incrementando sus respuestas de llanto.

Cuando habla de sí misma la tristeza es un problema.

- Se centra en su trabajo y en la universidad y evita pensar en sí misma, en su comportamiento.

- Disminución de los sentimientos de tristeza y melancolía.

- Incremento en la credibilidad acerca de sus pensamientos y expectativas negativas, aumentando así sus respuestas motoras de llanto.

Esquema funcional sobre los contenidos que aparecen (pensamientos, sentimientos, sensaciones), qué hace para controlarlos y a dónde le llevan estos a corto y a largo plazo.

Formulación

NL presenta un patrón conductual distinguido por crisis de ansiedad con componentes delirantes de naturaleza celotípica y síntomas fisiológicos (enrojecimiento facial, temblor, sudoración, adormecimiento de extremidades) con episodios depresivos como respuesta ante las situaciones familiares, personales, sociales y de pareja, acompañándose esto de dificultades en la toma de decisiones, negativa y conductas autorreferenciales (pobre concepto de sí misma). Dichos patrones conductuales han sido mediados en gran parte por asociaciones verbales de experiencias a nivel familiar, social y de pareja, que en la actualidad sirven de puente en sus experiencias presentes, esto es, lo que le ocurre ahora y lo que se dio a lo largo de su historia (Álvarez, 2014), moldeando así respuestas automáticas verbales consistentes con sus crisis de ansiedad.

En consecuencia su núcleo familiar primario se encargó de reforzar conductas asociadas a los episodios de ansiedad y depresión, generando desde esta lectura la hipótesis de la propensión a los delirios de naturaleza celotípica, puesto que la consultante manifiesta que la madre en las discusiones que tenía con su conyugue la enviaba a hablar con este para mediar la situación, de igual forma, era la “responsable” de vigilar las infidelidades del padre, así como prevenir que saliera de casa luego de las discusiones a jugar juegos de azar; asimismo, vivenció las crisis depresivas y ansiógenas de la madre a lo largo de infancia y adolescencia así como las estrategias que esta usaba frente a los problemas conyugales.

Dichas conductas evidenciadas en la consultante han sido mantenidas por la falta de refuerzos positivos, y reforzamiento negativo por evitación y escape ante situaciones que le producen aversión como comunicarse asertivamente con el padre, acercarse a nivel emocional con su figura materna, entre otras (Luciano & Gutiérrez, 2001). De igual forma se hizo evidente un

patrón de aislamiento social y familiar, deteriorando su red de apoyo social y en consecuencia tornando sus inconvenientes al apoyo emocional, informacional e instrumental de su pareja sentimental, absteniéndose de la posibilidad de contar con refuerzos sociales o establecer nuevas relaciones proveedoras de refuerzos positivos (Álvarez, 2014).

Unidades de análisis

Antecedentes

- *Predisponentes*: favorece la aparición y fortalece el manteniendo de la conducta problema, en este caso: presencia de posibles episodios depresivos en la figura materna, crisis de ansiedad y depresión durante la infancia y la adolescencia frente a situaciones de estrés (ausencia de la figura paterna, insuficiencia de los roles parentales, crisis económicas), dificultades en la regulación emocional (labilidad emocional), creencias inflexibles sobre las relaciones de pareja y la fidelidad (delirios celotípicos), “es que yo no sé qué es lo que quiere lograr con esas mujeres” (refiriéndose a las relaciones interpersonales de su pareja), “para mí no es normal esa comunicación con esas muchachas por redes sociales” “para qué interactúa con ellas en redes cuando las tiene en lo básico para el trabajo que es el teléfono”.
- *Precipitantes*: se identifican como desencadenantes de la aparición de la conducta problema, en este caso: las discusiones de sus figuras de autoridad, su involucramiento en las pautas relacionales de estos, la desesperanza respecto de las conductas del padre y el impacto de estas en el sistema familiar, las discusiones constantes con su pareja sentimental motivada por celos.

- Estímulos discriminativos: indican una serie de consecuencias positivas y/o negativas a corto y largo plazo tras ejecutar sus conductas problemáticas, en este caso: labilidad afectiva, deterioro en la relación de pareja, deterioro de los lazos afectivos a nivel familiar, patrón de ansiedad y conductas verbales reforzantes de queja y autocompasión: “yo no debería ser así, O merece alguien mejor que yo” “me siento como mi mamá y no quiero ser como ella” “me siento incomprendida” “no puedo tener una relación donde lo mejor es no estar conmigo”.
- Estímulo aversivo: estímulos frente a los que las conducta problema aparecen, en este caso: discusiones familiares y de pareja, sensaciones de ansiedad, ideas de naturaleza celotípica, insatisfacción en su desenvolvimientos en áreas de trabajo e interpersonales.

Respuestas

Como se describió de manera previa las conductas problema de la consultante abarcan cuatro dimensiones: cognitiva, motora, afectivo-emocional y fisiológica manifestadas como respuestas a los estímulos aversivos.

Consecuentes

- *Reforzadores*: mantiene las conductas problemas
- *Positivos*: supone la aparición de algo “deseable”. Proximidad afectiva y atención por parte de su pareja sentimental, al igual que de la profesional encargada.
- *Negativos*: supone la terminación o evitación de algo “indeseable”. Confrontación con las figuras de autoridad sobre su involucramiento en los patrones de la relación,

aceptación de ideas irracionales de naturaleza celotípica, comunicación asertiva en los diferentes contextos sociales, familiares y de pareja.

- Castigos
 - *Positivos*: distanciamiento de la pareja sentimental, críticas de sus figuras de apego y de compañeros de trabajo.
 - *Negativos*: aislamiento familiar y social, ruptura con su pareja sentimental y escasos refuerzos personales y sociales.

Hipótesis de origen (problema actual)

- Conflictos con las figuras de autoridad (madre y padre).
- Conflictos de pareja que implican una constante ruptura del vínculo.
- Insatisfacción sobre su desempeño laboral
- Insatisfacción respecto de sus interacciones sociales

Hipótesis de mantenimiento

El patrón conductual de NL ha sido mantenido por contingencias reforzadoras tanto positivas como negativas, así como por el control verbal inflexible y poco susceptible a la transformación de contingencias. Los comportamientos mantenidos por refuerzos negativos como la evitación y el escape preserva a la consultante de verse envuelta en situaciones que le generan aversión: 1) discusiones familiares, en las cuales su conducta ansiogena es reforzada al verse envuelta en los patrones relacionales de sus figuras de apego 2) discusiones de pareja, en las cuales sus ideas celotípicos la envuelven de forma tal que se generan rupturas temporales en la relación 3) relaciones interpersonales, en las cuales evita involucrarse de manera activa, reduciendo considerablemente sus redes de apoyo.

Por otra parte, los refuerzos positivos que influyen en el mantenimiento de la conducta de la consultante son la atención, las expresiones de preocupación y afecto que obtiene de su pareja sentimental, estando este más pendiente cuando ella se comporta como lo hace.

Se hace relevante mencionar que las características comportamentales de su compañero sentimental (pasividad, sumisión), refuerzan las conductas de la consultante.

Hipótesis diagnóstica

Consultante femenina de 24 años quien presenta crisis de ansiedad con episodios depresivos y reacciones fisiológicas que conlleva a conductas de evitación y escape. De igual forma, manifiesta sentimientos de incapacidad y autocompasión (pobre autoconcepto). Dichas conductas se evidencian en los antecedentes psicopatológicos ante situaciones de estrés o eventos que le generan aversión.

*Anexo k. Seguimiento sesión a sesión***Seguimiento sesión a sesión***Sesión 1.*

Se realiza valoración inicial conociendo los aspectos relevantes de la historia del problema, se crea alianza terapéutica y contexto para la terapia, se resuelven dudas sobre el proceso, se aclaran los objetivos de la intervención (se utiliza la metáfora de los dos escaladores), se identifican redes de apoyo, se definen los tipos de vínculos y relaciones familiares. Se utiliza la metáfora del charco para clarificar contextualmente qué es importante en la vida de la consultante y hasta qué punto se relaciona con su motivación para el cambio conductual, de esta manera se analizan cuáles son las barreras verbales que impiden dirigirse hacia lo que es valioso para ella. Así, se ayuda a ver a la consultante que sus valores personales y las barreras no son un campo de batalla. Posteriormente, se emplea la metáfora del jardín, en la que la consultante se refuerza a sí misma las áreas importantes en su vida (valores personales): su cuidado personal, su familia, sus relaciones interpersonales y de pareja, trabajo, ocio, comunicación asertiva y manejo de sus emociones. Se realiza la aplicación del Cuestionario de Personalidad de Millon (MCMI-II) y la Escala de Estrategias de Afrontamiento de Coping como parte del proceso de evaluación. Se deja como tarea el uso de un autoregistro y la realización de una carta de despedida, en la cual ha de despedirse de su problema luego de agradecer los servicios prestados, detallando las razones específicas de prescindir de él.

Sesión 2.

La consultante realiza el autoregistro, se trabaja el control de los eventos privados como problema y estar dispuesta a tenerlos como alternativa, sobre cada uno de los aspectos

mencionados en este. De esta manera, se ayuda a la consultante a examinar la utilidad de control, se utiliza la regla del 95-5 por 100, el ejercicio de saborear el limón y el ejercicio de los elefantes rosas y se relacionan estos con los problemas experimentados y manifestados en el autoregistro. Posteriormente se le pide leer la carta de despedida en voz alta, en la cual se evidencia la confusión de la consultante respecto de su yo-contexto y yo-contenido, así como la reafirmación de sus valores personales, de igual forma se evidencian los recursos que dispone. En consecuencia, se ayuda a la consultante a discriminarse ella de sus eventos privados mediante la explicación del modelo de ABC de tercera generación propiciando múltiples ejemplos de su misma conducta entre el plan o las reglas que elige para llevar su vida y lo que obtiene. Se deja como tarea la continuidad en el uso del autoregistro y como acto simbólico de lucha frente a su problema, leer nuevamente la carta de despedida en soledad, quemarla y descargar sus cenizas en una planta que tenga o que quiera comprar. Se realiza al final la aplicación del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ), Inventario de ansiedad estado/rasgo (IDARE) y el Inventario de depresión estado/rasgo (IDER).

Sesión 3.

La consultante realiza el ejercicio del acto simbólico, refiere, “me siento orgullosa porque trasplanté la planta” “se llama el árbol de la prosperidad” “siento que me ha ayudado porque cuando me siento mal voy a la planta y respiro al lado de ella” ¿te has vuelto a lastimar cuando te sientes mal como tú dices? “realmente no, acudo al árbol, respiro y espero”. Posteriormente, se indaga sobre qué ha hecho para generar cambio en la forma de relacionarse con sus figuras de autoridad. Refiere que ha mejorado la comunicación su madre, sin embargo, con su padre únicamente hablan de trabajo y no hay expresión afectivo-emocional, de igual forma la relación con su hermano menor se ha visto afectada puesto que éste inicia una relación con la prima de su

figura materna quien convive en la misma casa. Dicha situación ha generado inestabilidad en la madre, afectando el sistema familiar dado que la relación que la madre llevaba con su prima se ha visto drásticamente afectada, actualmente no se comunican verbalmente. Asimismo, la consultante relata que la relación de pareja de su hermano ha generado distanciamiento por parte de esta hacia él “ya no me siento confiada de él de ir a contarle mis cosas”. Se facilita en este punto a la consultante la comprensión y aceptación de lo que ahora vive su hermano y las diferentes perspectivas de vinculación teniendo en cuenta sus valores personales, se utiliza la regla del 95-5 por 100 para ejemplificarlo.

Respecto de su hermana menor, la consultante refiere haber generado mayor acercamiento así como la expresión afectivo-emocional, de igual forma relata un acontecimiento familiar de estrés, ocurrido con su hermana menor y su padre en el que no intervino de forma tal que la situación se disipara. Llanto durante el relato.

Luego, se indaga sobre la relación de pareja, manifiesta “siento que ha perdido mucha paciencia conmigo porque cuando le digo cómo me siento me dice que yo siempre me siento así, entonces yo le digo, me quiero ir y él me dice váyase y luego no soy capaz de irme porque si me voy, no voy a estar mejor”, se realiza un diálogo socrático respecto de sus experiencias teniendo en cuenta el modelo de ABC de tercera generación previamente expuesto y enseñado a la consultante, con el fin de generar la desesperanza creativa, se habla entonces de las conductas (pensamientos, recuerdos, suposiciones, auto-esquemas), antecedentes y consecuentes.

Seguidamente, se trata de avanzar en el funcionamiento diferente que se resume en “vive bien y te sentirás bien” facilitando el contacto de la consultante con lo que es importante, donde la meta no es sentirse bien, sino vivir bien y sentirse como sea que uno se sienta mientras vive bien. Se emplea la metáfora del granjero y el asno a modo de dialogo socrático. La consultante relata

nuevamente la situación ocurrida con su hermana menor y su padre, y su inacción en el evento. Llanto. Se facilita a la consultante darse cuenta del costo que tiene lo que ha venido haciendo frente a situaciones de estrés, a largo plazo. Se hace uso de paradojas tomando como ejemplo su comportamiento en diferentes contextos. Dado que la consultante inicia un repertorio de rumiación se relata la metáfora del hombre en el hoyo y la metáfora del diente enfermo a modo de dialogo socrático ayudando a la consultante a caer en la cuenta de que no va a lograr acabar con sus pensamientos y sensaciones de malestar respecto del proceso de terapia, puesto que en ese malestar se encuentra lo verdaderamente importante para ella se pregunta ¿qué quieres para tu vida? “quiero estar tranquila, quiero ser inteligente a la hora de manejar mis emociones, quiero aprender a expresarme adecuadamente en el momento correcto”. Se realiza una breve explicación sobre el análisis funcional realizado a su caso exponiendo lo que ha venido sucediendo (como se ha venido comportando), los intentos de solución y las consecuencias de ello a corto y largo plazo. Se pregunta, ¿Qué has venido haciendo desde que iniciamos a trabajar para alcanzar tus valores? ¿Qué necesitas cambiar en el plan que has venido ejecutando? “he estado más presente para mi hermana”, “cuando discuto con mi pareja y estoy muy enojada utilizo el tiempo fuera que una vez mencionaste” “en el trabajo intento no tomarme los comentarios personal para no ser grosera y herir a alguien con mis palabras”. Se realizan compromisos reales y realizables teniendo en cuenta los valores personales de la consultante: discernir los impulsos y utilizar el tiempo fuera cada vez que lo vea necesario, mantener el contacto afectivo con su hermana menor e incrementar el acercamiento afectivo con su figura materna.

Sesión 4.

Se indaga respecto de lo que hizo la consultante durante la semana teniendo en cuenta sus valores personales. Refiere que además de haber realizado y mantenido los compromisos

previos, limpió su cuarto ubicando las cosas de manera ordenada dado que todo lo ponía sobre la cama durmiendo ella en un rincón pequeño, “se siente bien saber dónde están las cosas cuando las necesito”. Asimismo, ordenó de manera preferente los libros que no ha terminado para hacerlo, realizó diferentes actividades culinarias (puesto que es buena en ello), con su pareja y con su familia. Comenta un evento ocurrido con su pareja mientras cocinaban y su respuesta a este fue, ir al baño a encerrarse y llorar. Se recuerda la regla del 95 – 5 por 100 dando paso al ejercicio del funeral, por el cual se ayuda a la consultante a ratificar sus valores personales. En primera instancia se le pide que cierre los ojos e inhale por la nariz y exhale lentamente por la boca, se ayuda a la consultante a avanzar hacia el momento presente, aquí y ahora, mediante la consciencia corporal y respiración. Luego se le pide que imagine que ha muerto y de alguna manera logra asistir a su propio funeral. El ejercicio se realiza en forma de diálogo socrático facilitando el contacto de la consultante con sus valores permitiéndole desarrollar su sentido de orientación, se realizan preguntas como ¿Quiénes están ahí, quienes asistieron? ¿Qué dicen de ti? ¿Cómo te gustaría que te recordaran? ¿Qué sientes de verlos ahí comentando esas cosas? Dices que se burlan de ti ¿Qué te molesta de sus burlas? ¿Dónde ubicas el malestar sobre ello? Se le pide que respire nuevamente y se induce de manera lenta y progresiva a la consciencia corporal. Se habla sobre la experiencia en el ejercicio, refiere, “he pensado muchas veces cómo sería que otros que quiero mueran pero nunca de mí misma” “me doy cuenta que la cuestión es saber qué hago yo para que las personas me recuerden y cómo quiero que me recuerden” “lo que proyecto, lo que otros ven de mí es lo que queda, lo que haga para que me recuerden como lo que soy en realidad” “puedo cambiar lo que transmito y cómo lo transmito”. Se generan compromisos reales y tangibles teniendo en cuenta los valores personales de la consultante: comunicarse de

asertivamente aun si existe malestar que la pueda indisponer a hablar y hacer sus labores cotidianas y sus roles en los diferentes contextos.

Sesión 5.

La consultante relata que a lo largo de la semana a nivel familiar no han ocurrido situaciones de estrés o disputas entre los miembros, así mismo en su relación de pareja. Relata que las relaciones con sus pares se han visto más cercanas, ha salido más con sus amigos(as). Posteriormente con el fin de facilitar la claridad acerca de la valoración como actividad, es decir los valores personales vistos como elegidos y no como impuestos, se ayuda a la consultante a experimentar su vida como una elección. Se utiliza el ejercicio del epitafio, en primera instancia se induce a la consultante en la consciencia corporal y respiración consciente, posteriormente a modo de dialogo socrático se introduce dicho ejercicio: imagina que puedes escribir tu propio epitafio y ha de decir lo que representaste en vida ¿Qué quisieras resumir en ese epitafio? ¿Cuándo tu miras lo que haces encuentras que estas dejando huellas? ¿Estás cumpliendo tu respectivo rol a nivel familiar, en el trabajo, con tu pareja? Luego de ello, de manera conjunta se realiza un cuestionario de valores para verificar y ejemplificar las formas de proceder en cada área de valor durante el último mes, priorizar las misma y comprometerse para trabajar ahora en ello y mantenerlo. Se utiliza la metáfora aprendiendo a ser experto en el manejo de la bicicleta, seguidamente se establece nuevamente que la terapia va en función de lo que le importa en su vida y esa dirección no cambia porque en ocasiones “se falle”, se ejemplifica a modo de dialogo socrático: imagina que estas en dirección hacia lo que quieres pero te das cuenta que no estas realmente en esa dirección sino de vuelta a la antigua, entonces ¿Qué pasa? ¿Qué haces? “si voy allí voy a seguir igual que antes, no habrá cambios, es más, puede ser peor” ¿Y esa nueva

dirección a dónde te conduce? “a dónde quiero estar y me saca de dónde quiero irme” ¿Y ese pequeño fracaso es importante? “sí, porque darme cuenta que estoy ahí en ese mismo lugar en dónde no quiero estar, es valioso porque tengo la oportunidad de escoger no seguir estándolo” ¿Y qué tendrías que hacer cuando te das cuenta? “dar la vuelta e irme hacía donde quiero ir, donde quiero estar” ¿Y eso es necesario hacerlo a pesar de qué? “a pesar del dolor y los obstáculos” ¿entonces qué tendrías que hacer diariamente? “elegir lo que quiero a pesar de lo demás”. Se generan metas reales y a corto plazo respecto de sus valores personales: dedicar más tiempo a su cuidado personal y físico, desayunar dado que no lo hace, mantener el orden en su habitación y su cosas laborales, terminar de leer un libro, generar más espacios culinarios a nivel familiar, social y de pareja dado que le gusta, reanudar hobbies como pintar y dibujar. Todo esto además de los compromisos generados anteriormente.

Sesión 6.

La consultante llega 30 minutos pasados de la hora para la consulta. En el tiempo restante se indaga sobre lo que ha hecho a lo largo de la semana respecto de sus valores personales. Relata que ha comenzado a hacer ejercicios de cardio, ha retomado el hobby de dibujar, que ayudó a su hermana menor en actividades escolares y se ha hecho más cercana a ella, de igual forma ha generado mayor cercanía con su figura materna. Sin embargo, refiere que las discusiones de su madre con su padre han vuelto a ocurrir debido a las conductas de ludopatía que mantiene el padre. La madre buscó ayuda en la consultante en diferentes ocasiones para generar que la discusión se disipe, manifiesta “siento que mi papá no va a aprender y cuando llega a la casa después de que lo llamo por la insistencia de mi mamá, llega más generoso” “siento que mi mamá está enferma por eso”. Se genera un dialogo socrático con la consultante en función de

facilitar el discernimiento sobre su rol a nivel familiar y en la relación conyugal de sus figuras de autoridad. Posteriormente, se realiza una explicación detallada respecto del estrés crónico, teniendo en cuenta la cascada de estrés, para suscitar un panorama general respecto de la condición que vive su figura materna y de esta manera la consultante discrepe del tipo de apoyo real que puede brindar a esta. De manera conjunta se llega a diferentes conclusiones de reacción y comportamiento frente a las discusiones de sus figuras de autoridad y su participación en ellas, teniendo en cuenta los valores personales que guían el proceso. Luego de ello, se generan compromisos: psicoeducar a su madre respecto del estrés que vive manteniendo el rol familiar que le corresponde, mantener la cercanía para con su hermana menor y realizar cartas a su figura paterna sin entregárselas a este, en las cuales expresará cuan valioso es para su vida y cuanto afecta su comportamiento al sistema familiar.

Sesión 7.

Se indaga respecto de las semanas de la consultante, refiere, “siento que he avanzado, sin embargo hace unos días tuve un retroceso”, relata que cinco días atrás tuvo una discusión con su pareja, cuya respuesta fue arrojar cosas, encerrarse en el baño, llorar y se golpearse fuertemente en la cabeza. Se toma como parte de la terapia lo que trae la consultante, se realiza un ejercicio de exposición en imaginación, en primera instancia se le pide cerrar los ojos y comenzar a inhalar por la nariz y exhalar por la boca despacio, se induce en la consciencia corporal, luego de ello, se le pide revivir lo ocurrido con su pareja. Una vez movilizada la consultante se le dan indicaciones para permanecer presente con el malestar, se le pide que identifique a nivel emocional qué siente, refiere “culpa” ¿En dónde sientes la culpa? “en la garganta” ¿qué más sientes? “siento mi cara grande, que mi cabeza también está grande” “siento que me tiemblan las manos y los pies, también los siento fríos” “me duele” ¿Qué forma tiene el dolor? “es como un

feto” estas distinciones que haces ahora de tus emociones y sensaciones así como las viviste ese día si se interponen entre ti misma y aquello que quieres ¿estás entonces dispuesta a tenerlas? “no quiero” ¿Qué quieres entonces hacer con ellas si no es tenerlas? “sé que son mías pero me cuesta” si esta noche se aparece algo mágico en tu cuarto y te dice: puedo concederte nunca volver a sentir dolor de ningún tipo, a cambio no tendrás nada que valorar en tu vida ¿qué le dirías? “no aceptaría porque prefiero lo que amo y lo que soy y luchar por ello”. Se le pide volver a inhalar profundo por la nariz y exhalar lento por la boca, le se ayuda a volver al momento presente dada la movilización de la consultante. Durante el ejercicio la consultante tiene reacciones fisiológicas (enrojecimiento del pecho, temblor, sudoración, voz entre cortada, sensación de tener la cara grande o inflamada), emocionales (culpa) y motoras (llanto). Se genera un dialogo socrático en función de lo experimentado en el ejercicio, se pregunta ¿De qué te diste cuenta en el ejercicio? ¿Qué pasó? “quiero trabajar para no volver a sentir esas sensaciones” dime NL ¿Para dónde hechas un recuerdo? ¿Dónde lo metes? “no se puede, siempre va a estar ahí” entonces ¿Qué notaste mientras sentías todo eso? “me di cuenta que sí puedo controlar mi cuerpo” “controlamos cómo expresamos las emociones, controlamos lo que nos generan querer hacer más no que surjan”, se introduce la metáfora del conductor de autobús y los pasajeros a modo de dialogo socrático ¿Se te asemeja a algo la historia? ¿Cuál es el truco de la historia? ¿Bajo qué condiciones o circunstancia estás manejando el bus? ¿Cuál es la idea de la historia? ¿Quién entonces maneja el bus? Asimismo, se refuerza a la consultante la distinción entre el yo-contexto y el yo-contenido a través de ejemplos de su propia conducta teniendo en cuenta la situación ocurrida en pareja. Se recuerda la metáfora del tigre ¿Qué puedes hacer entonces con el tigre? ¿Quién entonces manda? Ahora NL ¿Cómo puedes volver al momento presente cuando reacciones de la forma que mostraste hoy en sesión? “utilizar el entrenamiento en relajación

progresiva que hemos utilizado aquí” “continuar con el rol de observadora de mis emociones, sensaciones y demás” “recordar mi jardín”.

Finalizando sesión la consultante se refiere a su pareja como “él fue un salvavidas, llegó a mi vida cuando pasaba por una situación difícil, fue muy paciente y ahora cuando siento que no es el mismo me da angustia”, se pregunta, lo mencionas como un salvavidas ¿Te ahogarías sin él? “no sé, no me gusta referirme de él así, no es justo para él, es solo que en los momentos en los que estoy tan alterada, la angustia que me entra es la misma que tenía cuando lo conocí, y que él no responda de la misma manera que antes no sé” ¿Es un deber o tener qué de tu pareja responder como antes, así como dices? “no, claro que no, pero no sé” ¿Qué pasaría si mañana él ya no está en tu vida? “me pondría triste, pero quiero creer que estaría normal, es decir, un duelo normal”, cuando afirmas que has generado una dependencia ¿si él estuviera aquí qué diría al respecto? “Que es cierto que no está bien y que no sabe qué hacer” ¿Qué piensas de eso? “Que tiene la razón” ¿Cómo crees que puedes hacer frente a ello? “no sé”. Se propone como actividad, escribir una carta respecto de “la dependencia emocional” que refiere sentir por su pareja, en la cual ha de escribir cómo se ha mantenido y posibles soluciones o modos de actuación al respecto, asimismo, realizar notas cortas, específicamente, de lo que el tipo de relación que mantiene con su padre influye en su componente afectivo-emocional, sea este valorado como positivo o negativo.

Sesión 8.

Se indaga respecto de los compromisos realizados para con sus valores personales, es decir, ¿Qué ha hecho de acuerdo a lo que es importante? refiere, haber realizado la carta sobre la dependencia emocional que manifiesta sentir por su compañero sentimental, sin embargo, olvida

llevarlo consigo a sesión (se discute en la próxima cita), asimismo, las notas cortas respecto de la influencia del comportamiento del padre en su componente afectivo emocional no son realizadas, relata, “no las he hecho porque no he vuelto a sentir mal, digamos que no ha vuelto a llegar tarde a casa y a discutir luego con mi mamá, no me he enterado que ha faltado al trabajo” ¿Dicho comportamiento que no observaste esta semana en tu papá ha pasado antes? “Sí, claro, pero me gustaría hacerla en el momento en que pasan las cosas, sino siento como que no...” (No termina la oración), puedo preguntarte, ¿Te da miedo experimentar lo que sea que pueda venir en tus eventos privados mientras realizas la carta, sea un comportamiento reciente o no de tu padre? “no sé” ¿podrías quizá mantener una conversación sincera con tu padre respecto de cómo influye su comportamiento en ti y a nivel familiar? “no, no en este momento”, se facilita a la consultante la reafirmación de sus valores personales y su compromiso con estos, ¿Qué crees que has logrado hasta el momento respecto de lo que es importante en tu vida? “he avanzado en la relación con mi hermana menor y también con mi mamá” ¿de qué manera? “siento más confianza, siento que tenemos una relación de confianza, no tanto pero si mucho mejor que antes” ¿Y cómo percibes la relación con tu hermano? “él ya no me habla, ya los espacios que compartíamos no se dan y no es porque estemos enojados, simplemente es así” ¿Qué crees que pueda sentirse él reconociendo que tanto tú como tu mamá desaprueban su relación de pareja? “yo admito que no puedo hacerle buena cara a la novia pero pues, es que ella tampoco la hace” ¿alejarte de tu hermano porque tiene una relación con una persona con dichas actitudes va en función de tus valores personales? ¿Va en función de mejorar el tipo de relación que llevas con tu hermano? “claro que no” ¿Crees que es hay diferencia entre ignorar su relación como se ignora algo en la calle e ignorar que tú tienes una relación fraternal con tu hermano? Es decir, ¿cómo ignoras que sigue siendo tu hermano a pesar de que tenga una relación que a ti no te gusta o que desapruebas? “sí, lo sé, es

verdad, yo continuo invitándolo a veces a algunas cosas pero él siempre me dice que no pero seguiré haciéndolo”. Se indaga sobre la relación con su padre, manifiesta que ha sentido preocupación por él, dado que la madre le informa que hace cinco días no asiste a su trabajo y esta no tiene información de qué puede estar haciendo en dichas horas y que en los momentos en los que se encuentra en casa, se mantiene en silencio, asimismo, refiere que la relación afectiva, emocional y cercana con su padre es nula, se pregunta, ¿En qué medida crees que afecta esto tu vida? “es que cuando él se acerca mucho como a ser cariñoso, porque nunca lo es, es como raro para mí y sus cariños son muy secos, no sé, como cortos, entonces no estoy acostumbrada a su cariño” ¿Es importante para ti tener una relación cercana con él? “pues, es la misma relación que hemos tenido siempre es la relación a la que estoy acostumbrada, pero no es el tipo de relación que se querría tener con el papá de uno pero no me limita en nada en mi vida, ni emocional, ni personal ni en nada excepto los conflictos que se arman en la casa por como es él”, la consultante realiza una comparación entre la relación con su padre y la dependencia que refiere sentir hacia su pareja, “O, se me parece mucho a mi papá como en pequeñas cosas, detalles”, continua manifestando y relacionando el abandono de su padre por aproximadamente 12 años y el apego y miedo al abandono del cual da cuenta en su relación, motivo de discusiones, ¿Qué has hecho respecto a este tema? ¿Cómo lo has manejado hasta ahora? “Lo que sucede es que yo a O, lo tengo en lo alto, él siempre ha estado allí conmigo, me escucha, y me hace sentir como cuando mi papá me ayudaba a hacer tareas y tenía su apoyo, tal vez tengo miedo de perder esa sensación así como la perdí con mi papá”, continua, “sucede que cuando conocí a O, yo a nadie le contaba mis cosas, y él poco a poco sacó más información de mí que no quería revelar, sobre todo cosas de mi infancia; ahí empecé a sentir que podía expresar mis emociones estando con él y por eso para mí él era como lo último en guarachas” (ríe nerviosa), seguidamente relata una situación

ocurrida con su pareja en la que, según ella, no hubo el apoyo social emocional, afectivo e instrumental, se pregunta ¿Crees que has dejado a O, como tu principal red de apoyo? “Sí, en un tiempo sí, ahora intento recurrir a las demás redes de apoyo que tengo” ¿Qué sientes al respecto? “siento alivio porque no soy un peso para O, ya no lo cargo tanto”. Se realiza un resumen respecto de estar abierta a la aceptación de las funciones verbales que conlleva la propia historia en cada circunstancia y momento, se recuerda la metáfora del conductor de autobús y los pasajeros ayudándole a diferenciar lo que está presente verbalmente y lo que se hace presente por el lenguaje y a dónde le conduce la reacción literal-automática de dichos eventos privados. Posteriormente, se realiza el ejercicio de presionar y quedarse atrapado versus tolerar y hacer espacio psicológico, con el fin de facilitar a la consultante la noción del equivalente a quedarse atrapada de las palabras y ejemplificar la aceptación psicológica. Luego de ello, se realiza el ejercicio del observador, en primera instancia se realiza un ejercicio de respiración y consciencia corporal, seguidamente se induce en el ejercicio, ayudándole a experimentar que ella no solo es sus roles, su cuerpo físico y la evolución de este, sus emociones ni sus pensamientos, sino algo más, una ella que permanece a través ellos, y así logre discernir entre su yo como contenido y su yo como contexto. Al finalizar el ejercicio se pregunta por la experiencia a fin de afianzar el grado de distanciamiento respecto del contenido psicológico. Refiere, “me duele el cuello pero me siento tranquila” “me doy cuenta que siempre voy a estar yo, por encima de todo” ¿Notabas antes estas diferencias? “uno no se da cuenta de esas cosas, uno no es consciente de eso, solo cree que está viviendo y ya y no sabe el impacto que genera en uno mismo no ser consciente” “a pesar de que sabía cosas de mí y mi pasado y demás, no habría podido sola a pesar de que lo intenté, ahora siento que de verdad me esfuerzo en ser consciente en darme cuenta de mis emociones, de mis pensamientos y demás, antes no lo hacía”. Posteriormente, se realizan los

compromisos en función de los valores, a nivel personal: continuar con los hábitos que se han venido modificando en función de lo que es valioso, como su salud, orden en su entorno, labores de su vivir diario en el hogar, entre otras; familiar: continuar manteniendo los compromisos ya realizados en esta área; relación de pareja: mantener la comunicación asertiva que ha aprendido a llevar con su pareja sentimental; ocio: realizar un viaje próximamente, continuar leyendo y terminar, continuar la practica en la pintura. Se deja como actividad realizar las notas cortas al padre que no realiza para la presente sesión.

Sesión 9.

Se indaga sobre lo realizado en la semana en función de los valores. Relata que a nivel académico está realizando la documentación para el grado como abogada, refiere que se gradúa en marzo, asimismo, continua leyendo, se ha realizado chequeos de rutina médica, ha logrado mantener a cabalidad el orden y la limpieza en sus espacios personales, en la relación de pareja ha mantenido la conversación asertiva y manifiesta que las discusiones han disminuido la frecuencia, la intensidad y la duración, en cuanto al ocio refiere que ha comenzado a practicar feng shui, realiza cada noche un cronograma para el día siguiente y mantiene una contabilidad propia para el manejo de su dinero. Se pregunta sobre los planes luego de graduarse (futuro cercano), expone que tiene miedo dado que no un plan objetivo a seguir, sin embargo antes del grado planea trabajar con su padre en un caso que este está manejando y su trabajo será contribuido monetariamente, próximamente se inscribirá en cursos en línea que sean de su agrado personal y profesional y realizar tutorías a otros estudiantes. Se indaga sobre las actividades, la consultante realiza dos notas cortas a su padre, exponiendo allí los sentimientos que percibe que ocurren cuando el comportamiento de su padre influye a nivel emocional en ella.

Se identifica en dichas notas, miedo respecto de lo que pueda ella sentir si interviene de manera activa en la forma en la que los miembros de la familia se comunican, modificando ella su forma de comunicar. Se recuerda a la consultante la regla del 95 – 5 por 100 para ejemplificar el control que tiene ella sobre algunos aspectos, áreas o situaciones en su vida, de las que no tiene control. Se pregunta por la carta que olvidó la sesión anterior sobre la dependencia emocional hacia su pareja; en esta la consultante inicia describiendo su comportamiento en su relación anterior y lo relaciona ocasionalmente con su actuar en la relación actual, seguidamente habla del inicio de esta y la forma en la que ella se comportaba a medida que avanzaba la relación, refiere, “creo que pretendía tener una relación maternal con O, y eso a veces era motivo de discusión porque él siempre ha sido muy independiente” “cuando me di cuenta de eso lo acepté y pude hablarlo con él sin discutir”. Al finalizar la consultante la lectura, se realiza un dialogo socrático en función de generar la desesperanza creativa respecto de su comportamiento en la relación de pareja, se pregunta, teniendo en cuenta que tu relación de pareja es un valor personal ¿Cómo contribuyes para que ese valor esté más cerca de ti y no más lejos? “intento comunicarme, hablar sin gritar, sin herirlo” ¿Cuáles son las consecuencias de tu respuesta desproporcionada en las discusiones de pareja? “nos alejamos, se va perdiendo la relación” ¿Y eso es lo que quieres para esta área de tu vida? “no, claro que no” ¿Entonces qué necesitas para comportarte de acuerdo a lo que es valioso e importante para ti? “solo hacerlo”, se recuerda en este punto la metáfora del granjero y el asno, indicándole que si el asno no se hubiese comportado en función de lo que le importaba, vivir, no habría salido de allí, incluso con la misma arma con la que pretendían enterrarlo, salió. Posteriormente, se realiza un ejercicio de mindfulness, meditación de la pasa. Se inicia pidiéndole a la consultante obtener una postura cómoda en la silla, cerrar los ojos e iniciar a respirar profundo por la nariz y a exhalar lento por la boca, seguidamente se induce a la

consultante en la respiración consciente y la consciencia corporal, luego se le pide que extienda la mano, se posa sobre la planta una uva pasa, se le pide que se permita sentir el peso de la uva, que se la imagine incluso allí posada sobre su mano, su rugosidad, su color, incluso su olor, se le pide posteriormente que la coja con su dedo índice y gordo y la palpe de esa manera, que se permita estar allí tan presente palpando la uva como pueda, todo ello, mientras observa su respiración, el ritmo de su corazón, hasta su temperatura corporal, asimismo, se le pide que imagine su procedencia, la forma en la que fue cultivada, las manos que la quitaron de la rama, el proceso de deshidratación, la distribución del producto hasta llegar al lugar en el que ella la compró y posteriormente la trajo a consulta. De igual forma, se le pide la ingrese en su boca sin morderla, solo tenerla ahí y se permita notar las sensaciones que parecen, más que lo pueda pensar o imaginar, luego se le pide que la saboree y siga el mismo proceso de sentir más que de pensar, luego se le pide que la muerda una sola vez, que se permita sentir lo que pueda venir, finalmente se le pide comerla y mantener esa presencia en lo que siente a medida que la come. Al finalizar el ejercicio se pregunta por la experiencia, refiere, “siento que me comí una gran uva, me siento agradecida” “creo que no es tan simple darse cuenta que todo tiene un proceso, no somos tan conscientes de ello y da cierto poder saber de dónde viene el conocer”. Se realiza cierre de sesión dejando como actividad buscar información concreta respecto del comportamiento del padre hacia el juego patológico y, hacer una lista de pasos a seguir que sean realizables para lograr entablar una conversación con su padre respecto de su comportamiento y esto como afecta a su propia vida y al sistema familiar, de igual forma se le indica que puede realizar ejercicios de mindfulness estando en casa u en otro lugar. Asimismo, la consultante manifiesta el interés en la participación de su pareja en la sesión venidera en función de ser este

integrado al proceso teniendo en cuenta que para la consultante es una de sus principales redes de apoyo y el promotor del proceso de terapia.

Sesión 10.

Se indaga respecto de las actividades de la sesión anterior, refiere haber recabado información respecto de la problemática de su padre hacia el juego patológico, así como formas de apoyo para este, siguiendo las recomendaciones bibliográficas en terapia. De igual forma, realiza una lista de pasos a seguir con el fin de entablar una conversación honesta con el padre respecto de su comportamiento y el impacto de este a nivel familiar sin que este reaccione de manera aversiva. La consultante manifiesta la relevancia de comprender mejor el comportamiento del padre hacia el juego patológico, de manera que se propone llevar a cabo un heteroregistro en función de evaluar a nivel más general el comportamiento del padre hacia el juego, desde lo que ella pueda percibir en sus horas de llegada y en las discusiones que tiene con la madre debido al gasto desmedido de dinero (se ayuda a generar el heteroregistro en sesión y la forma de llenarlo). Respecto de la relación con su figura materna, relata que le preocupa la salud de esta dado que en la última semana ha estado enferma, refiere que ha estado más cerca, que lo que siente puede ofrecer es apoyo emocional, instrumental e informacional. Asimismo, la consultante manifiesta, “siento que me cargo mucho con todas estas cosas, mi mamá es una dolencia cada mes y una peor que la otra y siento que cuando me cargo tanto busco la manera de discutir con O”, la consultante relata un acontecimiento ocurrido con su pareja en la que reconoce haber “intentado buscar la pelea”, se recuerda la metáfora del conductor de autobús y los pasajeros, facilitando la disponibilidad de estar abierta a la aceptación de los eventos privados en la construcción de su vida. Posteriormente, se hace seguir a sesión a su compañero sentimental. Se realiza a su pareja

O, un encuadre del proceso que se ha venido llevando con la consultante, se pregunta, ¿Cómo crees que puede ser tu participación en esta sesión? “pienso que puedo dar mi apreciación personal del proceso, mi punto de vista de ciertas cosas a mejorar y conocer mi participación en los comportamientos de N”, me gustaría preguntar ¿Por qué insistirle tanto a N para que iniciara un proceso psicológico? ¿De qué se daba cuenta? Refiere que existen principalmente dos puntos importantes en el comportamiento de ella: el primero es referente a la relación de pareja y el segundo a la vida privada de la consultante, respecto de este último, refiere, “comencé a ver cosas de índole personal, de familia, de costumbres, sus creencias que se transmiten a la relación conmigo y la única desembocadura de todo lo que le pasa con la familia y demás era yo” “era demasiado, me cargaba mucho” “yo he tratado de llevar las cosas siempre al dialogo, al entendimiento mutuo pero las discusiones comenzaron a generarse por cuestiones simples como un comentario, un chiste, un apunte y así y eso se tornaba un problema muy grande”, refiere que actualmente ha disminuido la duración en el conflicto y la frecuencia, sin embargo continua pautando en comportamientos que como consecuencia puede llevar a la fragmentación o ruptura de la relación. Se pregunta, ¿Qué cree que los sigue manteniendo juntos? “mi paciencia, que estamos enamorados y la capacidad de ella de regularse” “también siento que mis comportamientos de que soy leal a nuestro compromiso, que no he intentado nada que diga lo contrario”, se pregunta a la consultante ¿estás de acuerdo con esto que comenta tu pareja? “es cierto, él me ha demostrado cosas que me hacen sentir confiada pero también reconozco que a veces tengo demasiada desconfianza, es una desconfianza de lo que pasa en mi casa” (llanto) “por ejemplo yo tengo un hermano que no conozco pero sé de su existencia y tiene casi la misma edad de mi hermano menor” “yo tengo una desconfianza con todas las personas en general” “tengo mucho miedo de que me pasen cosas como a mi mamá”, continua, “yo estoy aquí contigo

O, porque si no puedo mejorar las relaciones con mi familia, porque aún no saben que asisto a terapia, al menos contigo me gustaría mejorar”. Se proporciona en este punto un resumen del comportamiento observado, evaluado este a nivel conductual y verbal. Asimismo, se realiza un énfasis el hecho de que ambos en la forma de relacionarse, esperan de manera implícita que el uno se comporte de cierta manera o diga ciertas cosas o haga otras en función de lo que el demandante espera; por consiguiente se generan posibles formas de hacer explícito lo que no está. De igual manera, se ayuda a los consultantes a buscar formas en las que puedan disolver dichos inconvenientes sin llegar a la disputa, se propone en sesión ubicar una zona de pelea a la cual acudirán cada vez que necesiten discutir respecto de algo. El compañero sentimental O, continua su discurso generando ejemplos del comportamiento de la consultante en la relación de pareja referente a los sentimientos de celos, refiere, “siempre ha sido un problema mis relaciones interpersonales con otras mujeres, hubo muchos problemas con una compañera de mi trabajo y N” “omito cosas de mi día a día porque me da miedo su reacción”, en este punto la consultante interviene, refiere, “la primera semana que empezó a trabajar allá se tomó una foto con ella” “la segunda semana subían fotos y videos a Instagram riéndose” “luego meses después resulta O, aruñado”, la consultante continua relatando detalles de momentos en los que han discutido movilizada por sentimientos de celos. Se realiza un dialogo socrático en función de generar la desesperanza creativa, se realizan preguntas como: ¿Cómo se le prohíbe a alguien que se comporte? ¿Cuáles son las consecuencias de querer cambiar los comportamientos del otro? ¿Qué dice su experiencia de esto? ¿Se acercan más como pareja? ¿La relación se mantiene estable? ¿A largo plazo que ha venido ocurriendo? ¿Qué quieren el uno del otro? ¿Están esperando algo específico el uno del otro? ¿Qué están dispuestos a dar para evolucionar en la relación?, se pregunta a la consultante ¿Cómo te das cuenta de que lo que está haciendo no va en función de

que tu relación se mantenga estable? La consultante se mantiene callada, se reformula la pregunta, digamos que mañana te levantas y todo fluye de acuerdo a como quieres en tu relación ¿Cómo sería eso? ¿Cómo sería esa relación soñada tuya?, Observa a su pareja y manifiesta, “es como la tenemos, levantarnos juntos y hablar de bobadas, cuando nos acostamos a dormir” “soy consciente que los celos que tengo de esa muchacha son muchos y es todo” la consultante continua su relato justificando su actuar respecto de lo ocurrido con la compañera de trabajo de su pareja “usted nunca habla mal de ella”, se pregunta ¿Te sientes insegura frente a la presencia de la joven? “sí” ¿Y ese problema a quien le pertenece? “solamente a mí, es mío”. Se realiza un resumen de lo observado y se pregunta a la consultante, si tu relación de pareja es un valor para ti ¿Qué estás haciendo para mantenerla en equilibrio? “evitar pensar que él habla con ella” ¿Qué te dice la experiencia de evitar pensar? “lo sé, es inútil por eso no quería decirlo” ¿Te das cuenta de las consecuencias que te ha traído ese comportamiento en tu relación? “sí, me doy cuenta que la única que está dañando mi relación soy yo”, se realiza un resumen del comportamiento desde el modelo de ABC generando múltiples ejemplos de lo relatado en sesión y se utiliza la metáfora del viaje para reafirmar el trabajo en valores y el comportamiento o acción hacia ellos. Se realiza cierre de sesión preguntando por el estado de ánimo aquí y ahora, la consultante refiere, “siento tranquilidad y alivio”; el compañero sentimental refiere, “en confianza, completo y calmado”. Se generan actividades para realizar en pareja; hacer uso del tiempo fuera, discutir en la zona roja para las discusiones (la ducha), exponer lo que mantienen de manera implícita sin que ello conlleve a discusiones y generar compromisos al respecto. De igual manera tanto la consultante como su pareja manifiestan querer la participación de este en la sesión de cierre.

Sesión 11.

En la observación general del usuario (examen mental), se identifica rubor facial, ojos inflamados de llanto, boca seca, rigidez muscular y tensión. Se indaga respecto de su semana, refiere que su padre ha estado muy malhumorado, irritable y no se comunica asertivamente, refiere que su madre ha enfermado más respecto de su condición, de igual forma, manifiesta que el día anterior a la presente sesión, ocurre un evento con su pareja, relata que hay una ruptura de la relación debido a una discusión en función de los sentimientos de celos en la consultante. Al finalizar su relato, se realiza un ejercicio de exposición utilizando el evento ocurrido para este, se le pide en primera instancia que se ponga cómoda en la silla, que cierre los ojos a la cuenta de tres e inicie a respirar profundo por la nariz y a exhalar lento por la boca, se induce en la respiración consciente y consciencia corporal, seguidamente, se le pide volver al día de la discusión con su pareja, que se situé en el momento de la discusión y observe su estado de ánimo, ¿Qué emociones/sentimientos identificas? “culpa, tristeza, enojo y frustración” ¿dónde las identificas? “la culpa en la cabeza, la tristeza en el pecho, el enojo en las manos y la frustración en la garganta” ponle un color a cada emoción “la culpa es roja, la tristeza blanca, el enojo gris y la frustración amarilla” ahora quiero que hagas la parte más importante, quiero que notes estas emociones aquí y ahora y no hagas nada con ellas, no intentes empujar o detenerlas, tu trabajo tan solo es observarlas, saber que están allí, notarlo y no hacer nada, ahora quiero que relates nuevamente las palabras que se dijeron. A medida que avanza la consultante se van identificando diferentes conductas verbales como: “él por qué no me deja y ya” “no puedo tener una relación así donde lo mejor para él es no estar conmigo” “me pregunto en qué momento llegué a tanto”, se le pide que se fije en sí misma, en su comportamiento ese día, y que a medida que re experimenta el evento pueda discernir lo que hacía y lo que decía, el contexto y las

consecuencias de ello, en momentos concretos se le pide paralizar la imagen de ella misma, observarse ahí, comportándose, se le pide que acerque la imagen, que la aleje, que se vea desde diferentes perspectivas, se pregunta ¿Esa Nathalia que ves allí, su comportamiento, crees que es coherente con lo que dice que le importa y lo que hace para mantener cerca lo que le importa en su vida? “No, claro que no” (llanto a lo largo del ejercicio), ¿Cómo observas que te comportaste? “infantil, inestable e inconsciente” ¿En función de qué te comportaste así? “de tener una mala noche” “quería que me dijera que se venía ahí para llegar rápido a ver su mamá y que no iba a volver a pasar” (discusión debido a que la pareja viaja en un mismo carro con una compañera de la universidad), ¿Quién permite este tipo de comportamiento? “yo lo permito” ¿Y qué obtienes de él? “nada, sentirme intranquila, infeliz”. Se ayuda nuevamente a la consultante a fijarse en la respiración y se induce en la consciencia corporal. Luego del ejercicio se realiza un juego de roles, donde ella es su compañero sentimental con su personalidad y demás, y en la silla de enfrente está él, con la personalidad y comportamientos que tiene ella, se pregunta ¿Qué pasaría contigo si tu compañero te dice “N no quiero que tengas más amigos, ni mucho menos que salgas a compartir espacios interpersonales con ellos”, qué dirías, qué harías? “diría, viva con eso o terminemos” ¿qué pasaría si él te respondiese con esas mismas palabras a los comportamientos de celos que tienes? “me sentiría muy mal”. Se pregunta sobre lo que piensa respecto de sus comportamientos de celos, refiere sentir desconfianza de sí misma “desconfío de no ser inteligente, divertida, de que la gente me quiera hacer a un lado”, ¿Qué pruebas reales tienes al respecto? “ninguna” ¿Cómo crees que puedes actuar al respecto? “con un compromiso real conmigo misma, en el que no vuelva a explotar de manera impulsiva con los celos que sienta” “comportándome en pro de mis valores, siendo objetiva y ocupándome de mis cosas”. Se cierra sesión dejando como actividad realizar una carta a su pareja explicando su comportamiento,

manifestando disculpas si así lo considera y generando un compromiso real para con este valor personal, todo esto, teniendo en cuenta la participación de este en la próxima sesión como se había dispuesto antes del evento ocurrido. Asimismo, inicia a llenar el heteroregistro del comportamiento del padre y tener mejor contexto de su situación, una vez esto, tendrá la disposición de hablar con este. Respecto de la madre, continúa la consultante ofreciéndole su apoyo emocional e instrumental. Asimismo, mantener los compromisos ya realizados y puestos en práctica.

Sesión 12.

Se inicia sesión con la aplicación de las pruebas psicológicas post test de ansiedad (IDARE), depresión (IDER), estrategias de afrontamiento (COPING) y el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ). Posterior a ello, se indaga respecto de las actividades propuestas, refiere que realiza el heteroregistro para el padre exponiendo dos eventos, olvida traerlo a sesión. Se recuerda a la consultante el compromiso que es necesario mantener respecto de las actividades para las sesiones, así como mantener los compromisos con respecto a las demás áreas de importancia en su vida. Respecto a la figura materna, refiere que las discusiones con su padre han disminuido y que le observa más tranquila y recuperándose a nivel físico de la semana en la que estuvo enferma. Posterior a ello, se pregunta, ¿Qué crees que lograste en estos tres meses? “logré empezar a conocer los sentimientos que tengo cuando me siento muy cargada porque no es solo uno, antes pensaba que era solo tristeza” “antes no importaba si diferenciaba o no lo que sentía solo dejaba que todo pasara y me afectara” “algo que me sirvió mucho fueron las metáforas, los cuentos, las narraciones y las historias” “estoy aprendiendo a identificar mi frustración y así manejarla” “sigo aprendiendo a identificar que mis emociones están ahí y soy

yo la que decide qué hacer que soy yo la que maneja el bus” “estas cosas han sido la base para lograr acercarme más a mi mamá, ser más consciente de mis decisiones” “ahora entiendo que yo no me comportaba porque sí, sino que siempre ha habido una razón para mi comportamiento, lo que sentía, ya fuese físico o emocional” “aprendo a reconocer cuales son las razones de mi comportamiento para cambiarlas porque eso me lleva a unas consecuencias que no deseo en sí”

¿Cuándo te dices eso a ti misma qué pasa contigo? “me siento madura” (ríe), “aunque no siempre lo soy no siempre pienso objetiva”, se recalca en este punto que el objetivo no es sentirse bien para vivir bien, sino vivir bien para sentirse bien dado que nada puede asegurar el hecho de que nos vamos a sentir contentamente en equilibrio para hacer lo que se tenga que hacer en función de lo importante en la vida. Se recuerda a la consultante el motivo de consulta referido en la primera sesión “necesito aprender a manejar mis emociones sin herir”, dijiste, ¿Crees haberlo logrado? “a veces lo logro” ¿De uno a diez donde uno no lo lograste nada y 10 lo haces a la perfección, en dónde lo pones? “si antes no lograba nada y estaba en 1 ahora me pongo en un 5”.

Posteriormente, se hace seguir a su compañero sentimental como se había acordado en la sesión número diez y se realiza un encuadre de la sesión actual. Se le pregunta, ¿Cómo se siente aquí y ahora? “tengo nervios, me siento a la expectativa y pensativo”. Luego de ello, se pide a la consultante iniciar con la lectura de la carta en cuyo contenido discierne de su comportamiento y genera un compromiso real para con este valor personal (relación de pareja). En esta se identifican conductas verbales como “no entiendo por qué decidiste seguir a esa chica aun cuando habíamos discutido” “tu mereces estar en una relación en que te sientas feliz, una relación donde puedas sentirte tranquilo y amado” “siento que lo más justo para la relación es fortalecer lo bonito y sincero que hay entre nosotros” “soy consciente que fallo pero el valor de tus palabras es tan grande que cuando me hieren me siento miserable y con culpa en el pecho me

repito que todo eso que siento me lo merezco” “pensé que estaba mejorando pero ese que pasó me agobia”, continua proponiendo a su pareja evaluar la relación según los cinco lenguajes del amor y los explica, de igual forma entrega a este unas hojas impresas donde se encuentra la información completa sobre lo relatado; finaliza manifestando “no pretendo forzar nada y esto lo escribo con amor y algún otro sentimiento que no puedo describir, quiero que sientas que me esfuerzo por nuestra relación aunque fallo yo trabajo en ello y sé que lo voy a lograr porque soy positiva y entusiasta, sé que no puedo prometer que en una semana todo en mi esté en orden pero debes dar por hecho que estoy trabajando en esa parte de mi”. Cabe resaltar que nombra nuevamente que luego de su última discusión, su pareja sigue en una red social a su compañera de trabajo. Se realiza un resumen respecto de las asociaciones verbales que la consultante realiza a lo largo de su relato; se indica a manera de observación que en el texto nombra sobre querer fortalecer la relación más no cómo la va a hacer, a qué se compromete respecto de sus conductas de celos, se añade, cuando refieres, “todo lo que estaba mejorando se cae, me agobia” ¿Qué se cae? “siento que fallé conmigo luego de esa pelea”. Seguidamente, se le recuerda a la consultante el juego de roles realizado la sesión anterior donde ella se comporta como su pareja y viceversa, y su pareja O, con la personalidad de ella le prohíbe las relaciones interpersonales con otros hombres, la consultante responde a esto diciendo, “viva con eso o terminemos” se le pregunta, ¿sí O siendo él mismo, comenzara a responder ante tus comportamientos de esa manera, cómo se sentiría? La consultante no responde, en consecuencia, se reformula la pregunta ¿Crees que la forma en la que te comportas debido a los celos que sientes va en función de lo que es importante en tu relación? “no” ¿Qué haces si vas de viaje y te desvías del camino? aún tienes el carro y el mapa, “darme cuenta” ¿Y luego qué? “devolverme, buscar hacia donde voy” ¿Y en este caso qué haces cuando tienes esos sentimientos de celos? “nada, eso es lo que debí hacer, nada con ese

sentimiento”. Seguidamente se trae a colación lo referido por la consultante sobre los cinco lenguajes del amor, se pregunta ¿Qué dice tu experiencia, cual lenguaje crees que estas usando más y cual no? “yo lleno más la de actos de servicio” “cómo puedo ayudarte, qué necesitas y eso” continua “de pronto a O le gusta más la de contacto físico” ¿Qué te impide practicar los demás? “porque no lo sabía y no me siento yo tampoco con el tanque amada a full” “traigo el tema a colación porque fue la solución concreta que hace para poder hacer mejor las cosas” ¿tu experiencia en la relación de pareja dice que las peleas van en función de qué? “de querer cambiar a la otra persona” ¿Qué le quieres cambiar a O? “para mi no es normal esa comunicación con esas muchachas por redes sociales” “que interactúe con ellas en redes cuando las tiene en lo básico para el trabajo que es el teléfono”. En este punto se recuerda a la consultante la regla del 95 – 5 por 100 y se facilita la comprensión de lo cual ella tiene control y de lo que no. Se pregunta a la pareja O, ¿Qué crees de lo que piensa N? “pienso que si soy importante como lo ha dicho ¿por qué en varias ocasiones y en distintos momentos, me dices que terminemos?” “escuché que ella no tiene el tanque de amada full, pienso que puedo estar fallando en su perspectiva de que se sienta querida” “debo aceptar que descuide los detalles por diferentes razones de trabajo y demás” ”respecto a los actos de servicios, ella sabe que no me gusta y se lo he dicho que me ayuden en nada de mis responsabilidades a menos que sea algo que me sobrepasa” continua “otra cosa que también ya le he dicho a ella es el respeto hacia mi persona y a la relación, nunca le oculté nada, sabia como era yo, como me manejaba por redes sociales que fue donde nos conocimos” “todo lo que soy y he dejado de ser ella lo conoció” “me parece interesante que se nombre en la carta nuevamente a una persona por la cual discutimos hace un tiempo, alguien que ella ni conoce” “y no se trata de que la nombre o no, sino que siempre hay alguien, siempre hay un nombre y discute por eso, ella no me cree no confía en mi”

añade, “no es que yo no quiera contarle mis cosas y mis experiencias es que tengo miedo de hacerlo, tengo miedo de su reacción” “me gustaría tener una relación abierta, sensata y chévere con mi pareja y no tener miedo de que mi pareja explote, me insulte y el día se vuelva un caos”, se pregunta a la consultante, ¿Qué piensas de esto? “él esperaba algo más emocional pero lo hice así porque era mejor para usted, algo más sensato como usted quiere que sea” (refiriéndose al texto), se pregunta a la pareja ¿Qué piensas de esto? “que las emociones de N hacia mí son negativas”, la consultante interviene “¿usted sabe cuántas cosas positivas tengo yo? Hasta a mí se me dificulta verlas pero estoy intentando hacerlo”. En este punto se genera un resumen de lo observado, enfatizando nuevamente las reglas que se mantienen implícitas sobre lo que espera uno, que haga o diga el otro influyendo esto en gran medida en los conflictos. Se pide a la consultante que enumere una lista de anhelos reconvirtiendo las quejas, manifiesta, 1) “decirme cosas positivas” 2) “que saque tiempo de calidad para estar los dos” 3) “me gustaría que el transcurso del día en un momento pequeño se acuerde mí, no con la intención de hacer una conversación, sino porque simplemente se acordó de mí”, se pregunta, ¿Y respecto a tu demanda sobre las relaciones interpersonales con otras mujeres? “es que yo no sé qué es lo que quiere lograr con esas mujeres” ¿Qué crees que quiere lograr? “tener a una persona ahí” ¿Eso qué significa? No responde, ¿Te estás dando cuenta de tu comportamiento ahora, tus movimientos, tus palabras? “Sí” (movimientos estereotipados), “sé que todo eso que pienso no va en función de lo que quiero lograr con O pero es que entran muchísimas cosas, es una lluvia de ideas”. Se realiza la metáfora física de estar adherido o pegado, se pone un pino de bolos de juguete frente a ella, y se indica: es la diferencia entre ver las cosas desde aquí (se lleva el objeto a la nariz de la consultante), y ver las cosas desde aquí (se coloca a cierta distancia de la consultante), se pide a la consultante que se posicione en diferentes formas para observar las diversas perspectivas del

objeto y así tener una lectura general más acertada de este. Posteriormente se generan compromisos respecto de las áreas de valor en su vida: ¿Qué piensas hacer en función de lo importante en el valor personal de tu relación de pareja? “sé que mis pensamientos y lo que siento va a seguir apareciendo pero sé que me esforzaré por aceptar lo que siento y no hacer nada con ello que afecte mi relación de pareja” “espero lograr todo esto que me propongo, aunque a veces dude de si lo estoy haciéndolo bien” se dirige a su pareja “creo que de ti necesitaría atención en cuanto a eso si es que llegamos a continuar” “no puedo asegurarte de cuánto tiempo dure en estar así sin angustias de mis celos y esas cosas” ¿Qué controlas cuando estas cosas aparecen? “lo que hago con eso, lo que digo teniendo eso que sienta”, continua “contextualizar mis eventos privados” ¿Cómo? “dándome un espacio a mí misma cuando los identifique para pensar en no hacer nada de lo que luego me arrepienta”, A nivel familiar: continuar llenando el heteroregistro para con argumentos más “solidos” según ella, entablar una conversación con el padre respecto de su comportamiento hacia el juego y la forma en la que influye esto en el sistema familiar; en la relación con su madre manifiesta que ha de intentar ayudarle a iniciar una actividad que le agrade, fuera de casa, así como estar pendiente de su salud e integridad física y mental hasta donde logre hacerlo; respecto de la relación con su hermano, refiere, “estar para cuando me hable y volvamos a entablar una relación más cercana”; en cuanto a la relación con su hermana menor, refiere, “quiero motivarla a que haga ejercicio y estaré ahí para escucharla, en verdad escucharla y ayudarle en lo que pueda”. A nivel laboral: manifiesta que se encuentra trabajando en un caso en la oficina de su padre. A nivel de ocio o recreación: continuar la práctica en la pintura y terminar los libros que ha comenzado a leer. A nivel personal/individual: continuar manteniendo el orden y la limpieza en sus espacios, realizar un chequeo bucal y

mantener su salud física (alimentación, ejercicio, agua, descanso, etc.). Se realiza cierre de sesión y cierre de caso por cumplimiento de objetivos. Se plantea sesión de seguimiento en un mes.

Sesión de seguimiento (1 mes después de la última sesión)

En la observación general del usuario (examen mental), se identifica voz baja, llanto fácil, parpados inflamados, postura rígida. Se indaga respecto de las semanas subsecuentes a la última sesión. La consultante manifiesta haber realizado actividades de ocio, como pintar, escribir, dibujar y cocinar, refiere desistir de la posible charla con el padre respecto de los comportamientos de este, refiere, “no creo que sea capaz de hacerlo porque me siento sin la fuerza necesaria para encararlo”, “creo que antes de lo que sea que yo le pueda decir, él dirá cosas para hacerme sentir mal” continua, “de hecho le conté a principio de año que venía a terapia, no dijo nada pero ahora escucho que habla con mi mamá y se refieren a mi como una enferma” (llanto), “también dice que mi pareja me desprecia y que debo venir a terapia para que pueda dejarlo”, se pregunta ¿en algún encuentro de estos que mencionas con tu mamá y papá, referiste algo de lo que llevas en el ABC sobre el comportamiento de tu padre y la forma que impacta este en el sistema familiar? “No, la verdad no, ninguno” ¿Qué propones hacer con la relación entre tu padre y tú? “yo me he dado cuenta que lo único que me brinda mi papá es apoyo económico y eso es lo que siempre me ha brindado” “por eso mejor no hablar solo quiero enfocarme en mi” se pregunta a la consultante sobre la diferencia entre una elección y una decisión, se brinda la explicación según Wilson y Luciano (2002), se formula la pregunta ¿Lo que refieres sobre tu padre es una decisión o una elección? “una elección” afirma. Respecto de la figura materna, refiere, “no quiero ayudarla” “sabe que la escuché hace unos días en la cocina con mi papá y dijo: si N cuelga los guayos no importa, eso es cosa de ella” (llanto) continua, “así

han sucedido varias cosas cuando yo opino sobre algo me ignoran completamente, no responden mis preguntas, me dejan con la palabra en la boca” “ahora mi objetivo es buscar empleo”. En cuanto a la relación con su hermano menor refiere que hablan de manera cordial y en ocasiones tienen charlas no tan largas o profundas sobre su vida personal; respecto de su hermana menor refiere, “creo que me quiere, tenemos una relación cercana”. En referente a su relación de pareja manifiesta haber tenido una recaída una semana después de la última sesión, en la cual sus padres se enteran de manera abrupta de sus crisis de ansiedad, puesto que en este evento se golpea tan fuerte en la cabeza que su pareja sentimental la lleva al hospital informando a padre y madre de la situación, se pregunta ¿Luego de este episodio a qué acuerdos llegaron? “que iban a cambiar cosas, que él ya no iba a ser igual de paciente” ¿Te das cuenta del costo que tienen tus conductas en la relación de pareja y en las cosas que son importantes? “es que ya no sé qué es importante más que yo” “intentar mejorar la relación con mis papas, estar pendiente o no de O, eso ya no es importante para mi ahora” ¿Qué sí lo es? Se utiliza en este punto la metáfora del charco, la consultante refiere “ser independiente emocional y económicamente, buscar mi bienestar propio y eso incluye mi salud, el ocio, las cosas que me gustan y todo lo relacionado a mí misma” continua, “mi relación de pareja poniendo en práctica los acuerdos que hago con él, también quiero mantener la relación que ya logré con mi hermana menor y fundamentalmente el trabajo, eso es mi objetivo primario”, se pregunta por lo que pueda haber en la mitad del charco que impida llegar a dichos valores, refiere, “las crisis que a veces tengo de ansiedad, los comentarios constantemente despectivos de mis papas y el miedo a diferentes cosas de las situaciones”. Se utiliza la metáfora del vaso sucio y el diente enfermo, se recuerda la metáfora de aprendiendo a ser experto en el manejo de la bicicleta y se generan ejemplos sobre las señales de precaución que son las recaídas, como una oportunidad para aprender y apreciar lo que hay que

cambiar y así replantear lo que para uno es importante (Wilson & Luciano, 2002). La consultante rescata situaciones en las que se esforzó para lograr lo que quería así como diversas situaciones en las que ha apoyado a compañeras y amigas teniendo en cuenta lo aprendido en terapia, se realiza un contraste entre su forma de expresar dichos recuerdos y la forma usual que utiliza para referirse a sí misma y sus logros aunque sean mínimos (llanto). Seguidamente se realiza una breve confrontación sobre las verbalizaciones autocompasivas que usa la consultante, haciendo hincapié en que no es sentirse bien para lograr objetivos, cumplir metas y cruzar el charco, sino hacer las cosas para sentirse bien, es vivir bien para sentirse igual de bien. Se realiza cierre de sesión enfatizando los valores personales de la consultante a nivel familiar, de pareja, social, laboral, de ocio y salud. Se propone evaluación de seguimiento del compromiso con los valores personales en tres meses luego de la sesión de seguimiento.