

ESTUDIO DE CASO: MANEJO DE UN CASO DE TOC CON
ESTRATEGIAS DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Ana María Támara Martelo

Telmo Eduardo Peña Correal *

Pontificia Universidad Javeriana

* Director de Trabajo de Grado, Psicólogo de la Pontificia Universidad Javeriana, Ph.D. y M.A en Psicología Experimental, NYU of Stony Brook USA. Docente de Postgrado de la Pontificia Universidad Javeriana

Tabla de Contenido

Lista de Tablas	4
Lista de Figuras	5
Resumen.....	6
Abstract	7
Justificación.....	8
Marco Teórico.....	11
Conducta Problema	11
Clase Funcional: Conductas asociadas a la evitación experiencial.....	12
Lucha contra Eventos Privados Negativos.....	16
Factores de Predisposición, Adquisición y Mantenimiento.....	20
Factores de Predisposición.....	20
Como se Mantiene y se Adquiere la Conducta Evitación Experiencial.....	31
Terapia de Aceptación y Compromiso.....	38
Generaciones de la terapia Conductual.....	38
Definiendo la terapia de aceptación y compromiso.....	43
Compromiso con la Acción y valores desde modelo ACT.....	52
Metodología.....	53
Pregunta de Investigación	53
Objetivos	53
Objetivo General.....	53
Objetivos Específicos.....	53

Diseño de Investigación.....	53
Participante.....	54
Definición de variables.....	55
Variable Independiente.....	55
Variables Dependientes.....	55
Instrumentos.....	56
Procedimiento.....	58
Resultados.....	59
Formulación Clínica.....	59
Motivo de Consulta.....	59
Problema.....	59
Evaluación Sincrónica.....	59
Evaluación Diacrónica.....	61
Hipótesis Explicativa.....	64
Investigación y seguimiento.....	65
Discusión.....	69
Referencias.....	73
Anexos.....	80
Anexo A.....	80

Lista de Tablas

Tabla 1 48

Lista de Figuras

Figura 1.....	64
Figura 2.....	66
Figura 3.....	67
Figura 4.....	68

Resumen

La presente investigación es un estudio de caso único, bajo un diseño tipo B con fase de seguimiento, que tiene como objetivo identificar los cambios terapéuticos obtenidos por una consultante de 27 años con un trastorno obsesivo compulsivo. La paciente, LP, presenta un patrón de conducta de evitación del malestar emocional generado por eventos privados negativos como pensamientos de este tipo: “me voy a ensuciar”, “no me gusta estar sucia” “me siento mal estando sucia”, “me voy a sentir mal si me llego a ensuciar”, y fusión a un enmarcamiento relacional inadecuado, ya que afecta a sus área de funcionamiento. LP fue sometida a estrategias de la Terapia de Aceptación Y Compromiso. Se observó un aumento en el nivel de compromiso con la emisión de conductas encaminadas a la consecución de valores. No hubo disminución en los niveles de ansiedad. Tampoco, hubo disminución en el grado de lucha de la consultante con sus contenidos internos negativos. No se pudo determinar con certeza si hubo o no aceptación de malestar emocional por parte de LP, debido a que esta está relacionada con los niveles de lucha contra los eventos privados negativos, en donde ella no mostró Los resultados se discuten y se plantean algunas preguntas para futuras investigaciones. cambios significativos, y por la falta de una adecuada comprensión de los aspectos teóricos, metodológicos y técnicas de la intervención empleada. Por lo tanto, algunos de los objetivos terapéuticos no se pudieron cumplir.

Palabras Claves: Terapia de Aceptación y Compromiso, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Valores, marcos relacionales.

Abstract

The present study is a single case design that reports the therapeutic changes of a 27 years old woman with OCD. The consultant, LP, presents an avoidant pattern of the emotional discomfort generated by negative private events such as thoughts like: “ I will get dirty” “ I do not like to be dirty, “ I feel bad whenever I get dirty” “ I will feel terribly bad if I get dirty” and fusion to an inadequate relational frame, because it affects the client’s functional areas. LP was exposed to a treatment that followed the general strategies of “Acceptance and Commitment Therapy”. It was used a B design with a monitoring phase. An increase, on the level of commitment, on the emission of behaviors related to following values was observed. There were no changes on the levels of anxiety. There was also no decrease on the level of struggle put in making negative private events go away. It couldn’t be determined with certainty if there were an acceptance of emotional discomfort by LP, because of its relation with the level of struggle in making negative private events go away, and because of an inadequate comprehension by the therapist of the theoretical, methodological aspects and techniques of the applied therapy. Therefore, some of the objectives could not be reached. The results were discussed and some questions arise for future investigations.

Key Words: ACT, OCD, Values, Relational Frames

Justificación

Hayes & Wilson (1993), afirmaron que se percibía una fuerte necesidad, dentro del gremio de terapeutas conductuales, de establecer un adecuado análisis comportamental que diera una mejor explicación de los comportamientos humanos, complejos, como los eventos netamente verbales, que son considerados problemáticos.

Igualmente, Carrasco & Valdivia (2009), afirmaron que existen aspectos todavía inconclusos dentro de la literatura sobre la eficiencia, efectividad y eficiencia de las terapias conductuales y las cognitivo conductuales, por varias razones. Primero, entre el 20% y el 30% de los participantes de los estudios revisados, a quienes se las ha aplicado estas terapias, para trastornos de ansiedad no mostraron mejoría. Segundo, entre el 5% y el 15% de los participantes dejaron el tratamiento. Tercero, vio poca evidencia que sobre los mecanismos que llevaban a los cambios producidos por estas terapias, lo que llevo a los terapeutas a una necesidad de explorar una nuevas posturas teoricas como el establecimiento de relaciones arbitraria entre comportamientos, la conducta gobernada por reglas, la función de la conducta en contexto, las cuales dan pie a las terapias de tercera generación.

Es por eso, que esta investigación pretende ser un aporte para contribuir con esa necesidad de una mayor obtener de comportamientos humanos más complejos, como la conducta verbal, que puede llegar acarear muchos problemas al ser humano.

Por otra parte, existe un vacío empírico sobre las terapias de tercera generación, dado que son las terapias más recientes dentro del modelo comportamental. Según Wilson y Luciano (2002), el primer artículo que exponía planteamientos teóricos que dieron desarrollo a la terapia de aceptación y compromiso (ACT), fue escrito hace 20 años, y el

primer libro que recogía protocolos de intervención se publicó hace 15 años. Adicionalmente, el desarrollo de teorías subyacentes a ACT duró muchos años; lo que ha traído como consecuencia un enlentecido flujo de datos, pero que a la vez ha permitido una construcción de cimientos fuertes que dan como resultado explicaciones y principios teóricos sólidos (Wilson & Luciano, 2002).

Una vez demostrado el aporte empírico de la presente investigación, se hace también importante resaltar el aporte hacia el bienestar del consultante, el cual es el fin principal de toda terapia en psicología clínica. Se observa, que cada vez es mayor el número de personas que sus vidas se encuentran afectadas por problemas psicológicos, especialmente por los denominados trastornos de ansiedad, como el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), el cual ha sido explicado desde la postura ACT, como la evitación de experiencias privadas.

Es así, que una persona desde muy temprana edad, aprende que los eventos privados negativos hay que evitarlos a cualquier costo, si se quiere ser feliz. Esa relación entre la evitación de los eventos privados negativos y la felicidad, hace que la persona ante cualquier evento privado negativo, se vean inmersas en una lucha por controlarlos; gastando así la mayoría del tiempo en esa labor.

Siendo así el caso de LP, quien gastaba en promedio siete horas al día en rituales de aseo, sin contar el tiempo que gastaba en conductas de chequeo, lo cual le generaba malestar ya que afirmaba que podría utilizar ese tiempo para realizar actividades académicas que la llevarían a un gran logro para ella, que sería terminar su carrera profesional en biología.

Masellis, Neil & Ritcher (2003), afirmaron que gran parte de los consultantes que presentan eventos privados como pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos invierten la mayor parte de su tiempo en estos pensamientos y comportamientos. Esto lleva a analizar, que el grado de afectación es elevado porque interfiere en todas las áreas de ajuste de los consultantes, disminuyendo su calidad de vida.

Teniendo en cuenta que ACT tiene, dentro de sus objetivos terapéuticos, lograr que la persona tome una actitud de aceptación, de no control de los eventos privados que le permitan dirigir su vida hacia un “gran logro”, esta estrategia de intervención es adecuada para cualquier tipo de problema comportamental, especialmente para los comportamientos asociados a la ansiedad. Por lo tanto, esta investigación está encaminada a disminuir el vacío empírico existente dentro de estas terapias, por ende en fortalecer sus cimientos.

Finalmente, la presente investigación también es un aporte para la Pontificia Universidad Javeriana, ya que la universidad está interesada en los planteamientos teóricos de ACT y de transmitirlo dentro del alumnado de psicología. Por lo que les resultaría beneficiosa la realización de investigaciones sistemáticas y rigurosas en este campo.

Marco Conceptual

Conducta Problema

La presente investigación define como conducta problema, la clase funcional, la evitación experiencial. Hayes Et. al (1996) la definen como cualquier intento o esfuerzo que realice una persona de evitar o alterar la evaluación negativa de eventos privados como son emociones, sensaciones, pensamientos, recuerdos etc.

No obstante, es importante aclarar que, aunque para los terapeutas conductuales dar un diagnóstico, en este caso de TOC, no es el principal objetivo dentro de su proceso de evaluación conductual, se hace relevante definirlo para tener un lenguaje común con los demás profesionales en salud mental.

Siendo importante, para los terapeutas conductuales, el poder realizar un análisis o evaluación ideográfica y funcional de conductas consideradas problemas para su posterior modificación. Según Fernández Ballesteros (1994), el objetivo de una evaluación conductual es la modificación o predicción de la o las conductas problemas, mediante la descripción de los principios ambientales actuales de la persona que controlan o mantienen su conducta problema, por la descripción de las variables personales y las claves contextuales y relacionales (Wilson y Luciano, 2002), que a su vez, han ido constituyéndose en el sujeto debido a condiciones ambientales pasadas, que en interacción con el organismo han ido conformando el comportamiento del sujeto (Fernández Ballesteros, 1994).

La consultante llegó con un diagnóstico previo de TOC, presentando un patrón de comportamiento caracterizado por la presencia recurrente de eventos privados negativos

como pensamientos de este tipo: “no me gusta estar sucia” “me siento mal estando sucia”, “me voy a sentir mal si me llego a ensuciar”; adicionalmente, realiza comportamientos de hipervigilancia, como estar la mayor parte del tiempo atenta a que ella o sus objetos personales no entren con manchas que parezcan de excremento, grasa u otros fluidos corporales, y chequeo de los objetos suyos, que considere que pudieron haber estado en contacto con mocos, manchas que parezcan de excremento, grasa o con personas que perciba que posean una mala higiene personal; lo que la lleva a presentar rituales de aseo, cada vez que está en contacto con los pensamientos o la situación en sí. Ese patrón de comportamiento cumple con los criterios diagnósticos para el TOC, según La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2000), en su manual diagnóstico, cuarta edición.

Clase Funcional: Conductas asociadas a la evitación experiencial

Según la APA (2000), en su manual diagnóstico, se afirma que dentro de los trastornos de ansiedad se encuentra el llamado Trastorno Obsesivo Compulsivo, en el cual se presentan pensamientos obsesivos seguidos por compulsiones, que son reconocidas por las personas como excesivas e irracionales, provocando un malestar clínicamente significativo que interfiere con la rutina del individuo. Las obsesiones se definen como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes que se experimentan como ajenos, intrusivas e inapropiadas, que adicionalmente causan ansiedad y malestar. Las compulsiones, son definidas como comportamientos de carácter repetitivo que tienen como finalidad reducir el malestar generado por las obsesiones.

Lo anterior, implicaría que los pensamientos obsesivos característicos del TOC, los cuales reciben una evaluación negativa por las persona que los presentan, son seguidos

por conductas de evitación, a lo que Hayes, Wilson, Gifford, Follet & Strohahl (1996) denominaron como evitación experiencial. Según dichos autores, la evitación experiencial es cualquier intento o esfuerzo que realice una persona para evitar o alterar el malestar producido por la evaluación negativa de eventos privados como son emociones, sensaciones, pensamientos, recuerdos etc.

Existen investigaciones, que intentaron delimitar diferentes tipos de eventos privados negativos, describiendo también como se presenta la evitación experiencial de dichos eventos. Algunos ejemplos de los tipos de pensamientos obsesivos encontrados fueron (Steketee, 1999; Salkovski & Kirk, 1989):

1. Contaminación: Son obsesiones referentes a contagiarse o contagiar a otros por contacto con sustancias consideradas como peligrosas; como por ejemplo, la suciedad, los gérmenes, la orina, las heces, la sangre, el semen, las secreciones vaginales, algunos animales, productos de limpieza para el hogar, radiación, entre muchas otras. Las compulsiones, para este tipo de obsesiones, son los rituales de aseo y desinfección. Como conducta de evitación, la persona tiende a evitar el contacto con los objetos que considera contaminados, lo cual se manifiesta con conductas para controlar o evitar el malestar, como por ejemplo recoger dichos objetos con guantes o pedir a otros que manipulen los mismos. Estos comportamientos son reforzados negativamente.

2. Daño accidental: Obsesiones como por ejemplo, dejar la llave del gas abierta o aparatos eléctricos encendidos, lo cual puede terminar en un incendio; dejar la puerta de la casa abierta, que trae como consecuencia un robo; haber atropellado a alguien; hacerse daño o hacer daño a otra persona con un objeto afilado; escribir cosas comprometedoras y pensar que a un familiar le ocurrirá algo grave. La conducta de

evitación consiste en realizar numerosas comprobaciones, estas van de acuerdo al tema de la obsesión que se tenga. Por ejemplo, si se tiene la obsesión de un posible incendio, por dejar la llave del gas abierta, la persona comprobará una y otra vez que la llave del gas este cerrada.

3. **Violencia física:** Son obsesiones en la que la persona que las padece piensa que va a matar a un hijo con un cuchillo, ahogarlo con una bolsa de plástico, que va a golpear a un amigo, que va a tirar a alguien por una ventana e imágenes de asesinatos o cuerpos descuartizados. Las compulsiones comunes son pensar repetidamente que no se quiere morir, buscar una forma para tranquilizarse, comprobar repetidamente que no se ha causado ningún daño, formarse una contra imagen de los asesinatos o de los cuerpos mencionados. Igualmente, se presentan conductas de evitación como por ejemplo, no quedarse solo con la persona a la que se piensa que se le va hacer daño, esconder cuchillos y bolsas de plástico.

4. **Conductas Socialmente Inaceptables:** Este tipo de obsesiones consisten en que el individuo que las presenta cree que va a expresar o escribir obscenidades o insultos, a decir algo irrespetuoso sobre una persona ya fallecida, robar, mentir y engañar. Estas obsesiones van acompañadas por conductas ritualizadas como por ejemplo: preguntar frecuentemente a otros si se ha comportado bien y repetir conductas no aceptadas socialmente que no se ha hecho. En muchas ocasiones, la persona que padece este tipo de obsesiones deja de asistir a reuniones sociales.

5. **Sexo:** Pensamientos o imágenes relacionadas con órganos sexuales o actos sexuales indeseados; como por ejemplo, pensar que va a cometer una violación, que se va a abusar de algún niño/a, dudar sobre la propia orientación sexual. Los actos

compulsivos consisten en intentar sacar de la mente los pensamientos sexuales, pensar en otras cosas y recordar constantemente experiencias heterosexuales.

6. Religión: Pensamientos o imágenes referentes a temas religiosos, como por ejemplo “voy a ofrecer mi comida al diablo”, verse haciendo el amor con Jesucristo o dudar respecto a la religión que se profesa. Las personas que las padecen, presentan conductas repetitivas para mitigar el malestar que estas ocasionan dentro las que se encuentran rezar, buscar ayuda religiosa, confesarse, hacer penitencia, pensar una frase que contrarreste la obsesión y formar una contra-imagen de adoración a Jesucristo.

7. Acumulación: Obsesiones referentes a tirar cualquier cosa valiosa o cosas que aparentemente son poco importantes, pero que para la persona que las padece podrían ser útiles en un futuro. La conducta compulsiva que acompaña a este tipo de obsesión es acumular gran cantidad de objetos tales como revistas, facturas, apuntes, ropa, etc. De un 20% a un 33% de los consultantes con trastorno obsesivo compulsivo presentan conductas de acumulación.

8. Orden, simetría, exactitud: Comportamientos caracterizados por ordenar cualquier objetos simétricamente, evitando así el malestar emocional que genera que esos objetos no estén en su lugar.

9. Muerte: Las obsesiones de muerte básicamente son imágenes de seres queridos muertos. Por la tanto, la conducta compulsiva para este tipo de obsesiones es recrear imágenes de la misma persona o de personas muertas estando viva. Igualmente, la persona que las padece muestra conductas de evitación, que consisten en no hablar de temas de muerte o leer al respecto.

10. Tema somático: Obsesiones relacionadas con tener una enfermedad (cáncer, SIDA, problemas cardíacos) o sobre tener algún defecto en alguna parte del cuerpo a pesar de que existan opiniones contrarias.

Masellis, Neil & Ritcher (2003), en su investigación encontraron que la severidad de los eventos privados negativos y las conductas de evitación experiencial afectan negativamente la calidad de vida de las persona que los padecen, dado que interferir con diferentes contextos de su vida como lo son el familiar, el académico, el de pareja, el laboral y el social. Hollander, Kwon, Steinde, Broatch, & Himelein (1996) demostraron que el 73% de personas que padecen el trastorno obsesivo compulsivo presentan problemas con sus familiares, el 62% presentaron dificultades de interacción social, el 58% de ellos presentaron deterioro en su rendimiento académico y el 47% presentaron bajo rendimiento en el trabajo. Según, Masellis et al. (2003), mencionaron que otros dos estudios subsecuentes, al realizado por Hollander y sus colaboradores en 1996, arrojaron datos sobre una disminución en la calidad de vida en consultantes con este trastorno.

Es así, que cuando se refiere esta investigación a la evitación experiencial como conducta problema, se hace necesario entender que esta conducta es una estrategia que el consultante presenta para poder luchar contra sus propios eventos privados negativos.

Lucha Contra los Eventos Privado Negativos.

La lucha de los contenidos internos ha sido definida por Eiffert y Forsyth (2005), “como el esfuerzo que pone una persona para desaparecer eventos privados negativos” (p. 129), lo cual implica controlar ese tipo de eventos, y por ende es contrario a la aceptación y compromiso que es definida por Eiffert & Forsyth (2005); Bach & Moran (2008) como la toma de una postura no evaluativa y de no control, frente a los eventos

privados negativos, lo que lleva a la persona a generar acciones para dirigirse a eso que valora y pueda simplemente vivir.

Esa necesidad de evitar o eludir eventos privados negativos, que generan malestar emocional o sufrimiento, es un hecho común no sólo dentro del ámbito de los trastornos psicológicos, sino también dentro de la cultura occidental en general, que en vez de ser beneficioso para los seres humanos, por el contrario suele ser perjudicial para estos (Luciano, Gutiérrez & Rodríguez, 2005).

La experiencia del sufrimiento ha sido aceptada a través de la historia, como parte intrínseca de múltiples contextos de la vida del ser humano como especie verbal que es. Desde un inicio, las personas han generado estrategias para manipular condiciones ambientales y biológicas adversas con un alto grado de precisión; lo anterior, ha mostrando desde finales del siglo 20, una repercusión de efectos psicológicos insospechados. Paradójicamente, de manera paralela al proceso de desarrollo que el ser humano ha logrado desde entonces y al rechazo de este al dolor y a la incomodidad, el sufrimiento ha ido en ascenso. La humanidad parece comprometida con la evitación de cualquier evento adverso, lo que lo ha llevado a sufrir más y por más cosas (Wilson y Luciano, 2002).

El rechazo al dolor y a cualquier evento adverso, se debe al significado que socialmente se le ha dado. En un marco social, el concepto de sufrimiento se contrapone al de bienestar, por ende sentirse bien es opuesto a sufrir, siendo normal lo primero, y por derivación, el sufrimiento como lo anormal, lo que conlleva a la realización de acciones que eviten el sufrimiento (Wilson y Luciano, 2002).

Darle un manejo o intentar controlar los eventos privados negativos para ser felices, es un esfuerzo enorme para las personas, dado que implica un gasto de tiempo, energía y recursos. La “felicidad” es un estado que no se consigue fácilmente, el cual no se llega a conseguir completamente, por más esfuerzo que se haga (Eiffert & Forsyth, 2005).

No obstante, a pesar del esfuerzo que implica el intento por controlar esos eventos, existen ocasiones que suele ser no problemático para un individuo. Por ejemplo, una mujer se encuentra de frente con una serpiente venenosa, esa situación le genera temor por lo que decide alejarse del peligroso animal. La conducta de alejarse cumplió una función adaptativa para la mujer, ya que de no haberlo hecho hubiera sido mordida por la víbora, lo que ocasionaría daños a su salud o incluso la muerte (Eiffert & Forsyth, 2005).

Así como ocurren situaciones, como la expuesta anteriormente, en que suele ser no problemático la evitación de eventos privados negativos, existen también otras en que puede ser problemático. Hay circunstancias, en que el intento por controlar esos eventos privados negativos resulta problemático para una persona (Eiffert & Forsyth, 2005), y que generalmente termina siendo el principal motivo de consulta en los procesos psicoterapéuticos (Luciano, Gutiérrez & Rodríguez, 2005).

Se definiría entonces como problemático, el intento por controlar los eventos privados, cuando dicho intento se lleva al extremo de convertirse en la única alternativa de solución para manejar esos eventos, inclusive en situaciones en que el control de ellos no es efectivo, dado que hay circunstancias que por más que se quiera no se puede tener un control de los mismos. Esto trae consecuencias negativas en otros ámbitos de la

persona, lo que resulta en un malestar emocional aún mayor y una mayor necesidad por controlarlos (Eiffert & Forsyth, 2005).

Esto se puede demostrar con el caso de una mujer quien sufre de ataques de pánico cada vez que realiza giros a la derecha, lo cual le generaba bastante malestar emocional, y altos niveles de ansiedad. Para mantener controlados sus niveles de ansiedad, la mujer evitaba girar a la derecha, por lo que el poder realizar el camino al trabajo implicaba una rigurosa planeación del trayecto a recorrer; tomar largas vías y revisión constante del mapa, lo que traía como consecuencia llegar tarde al trabajo y por ende constantes regaños del jefe; concluyendo, que sus niveles de ansiedad no disminuyeron sino que por el contrario estos iban en aumento y cada vez era mayor su lucha por controlarlos (Eiffert & Forsyth, 2005). Es así que se demuestra que es más útil aceptar el malestar emocional, lo que le permitiría a la mujer generar actividades para cumplir su meta, llegar puntual al trabajo.

El estudio realizado por Karekla, Forsyth & Kelly (2004), encontró que después de varias inhalaciones de Dióxido de Carbono, los individuos que intentaron controlar el malestar emocional producido por las inhalaciones, mostraron niveles de ansiedad más altos, mayores síntomas cognitivos y dificultad para no controlar los eventos privados asociados con la inhalación de dióxido de carbono.

Se observa entonces, que si resulta problemático el intento por controlar los eventos privados, lo más conveniente sería entrenar a los consultantes en hacer precisamente todo lo contrario, por tomar una postura no evaluativa y de no control, frente a los eventos privados negativos, que es a lo Eiffert & Forsyth (2005); Bach & Moran (2008)

denominaron aceptación. Por lo tanto, la aceptación sería una adecuada alternativa al control de los eventos privados negativos.

Factores de Predisposición, Adquisición y Mantenimiento

Como ya fue mencionado, para poder modificar cualquier conducta problema de un individuo, es indispensable identificar factores tanto ambientales como personales de este, que estén influyendo y controlando la conducta problema, que son denominados como los factores de predisposición, de adquisición y mantenimiento. Por lo tanto, se hace relevante explorar los mismos para el patrón de conducta de evitación experiencial.

Factores de Predisposición.

Se han planteado varias teorías, sobre factores que indican que un individuo tiene mayor probabilidad de presentar eventos privados negativos, como pensamientos obsesivos y conducta de evitación experiencial.

Salvoskis et al (1999) propusieron, que el estado emocional ansioso de los padres puede tener un impacto en la experiencia del niño, que puede contribuir con el comportamiento obsesivo y la conducta ritualizada, a través del modelado de comportamientos de ansiedad, como las conductas de escape y evitación, lo cual fue respaldado por varios estudios.

Derisley, Libby, Clark & Reynolds (2005) realizaron una investigación, que buscaba examinar si los padres de consultantes con TOC presentaban síntomas psiquiátricos, dependencia, estilos de afrontamientos basados en conductas de escape y evitación y un funcionamiento familiar disfuncional, en comparación con padres de personas sin ningún diagnóstico. Para ello, compararon tres grupos de padres, la selección de dos de ellos se basó en el diagnóstico de sus hijos. El primer grupo, estaba

compuestos por padres cuyos hijos fueron diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo; mientras que el segundo grupo, estaba compuesto por padres cuyos hijos fueron diagnosticados con otros trastornos de ansiedad. El tercer grupo, eran padres cuyos hijos no presentaban ningún trastorno de ansiedad. Se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos experimentales (padres de consultantes con trastorno obsesivo compulsivo y padres de consultantes con otros trastornos de ansiedad) y el grupo control (padres cuyos hijos no tienen ningún diagnóstico). Los padres de los grupos experimentales mostraron más síntomas obsesivos compulsivos, depresivos y fóbicos que los padres pertenecientes al grupo control. Igualmente, se encontraron diferencias entre los dos grupos experimentales y el grupo control en estilos de afrontamiento, basados en conductas de evitación y escape. No hubo diferencias significativas entre los dos grupos experimentales.

En la investigación de Derisley et al (2005), se encontró que las características en los padres, anteriormente mencionada, favorecen la aparición no sólo del trastorno obsesivo compulsivo sino también de los trastornos de ansiedad. Igualmente, los resultados del estudio indicaron que la etiología del trastorno obsesivo compulsivo no es muy diferente a otros trastornos de ansiedad; por lo tanto, la etiología del trastorno obsesivo compulsivo puede ser equivalente a la de los demás trastornos de ansiedad.

Beidel & Turner (1997) realizaron un estudio para determinar la presencia de trastornos de ansiedad en niños cuyos padres recibieron los siguientes diagnósticos; (a) Cualquier trastorno de ansiedad, (b) Trastorno Depresivo (c) Trastorno mixto depresión/ansiedad. Utilizaron un grupo control. Los resultados arrojaron, que los niños cuyos padres prestaron los diagnósticos previamente mencionados fueron

significativamente más propensos a padecer trastornos de ansiedad, en comparación con los hijos de los padres del grupo control. No hubo diferencias entre los hijos de los tres grupos experimentales.

Los estudios anteriores evidenciaron, que hijos de padres diagnosticados con algún trastorno de ansiedad tienen mayor probabilidad de padecer el mismo tipo de trastornos. No obstante, estas investigaciones no dan una explicación sobre qué aspectos en la relación entre padres e hijos conlleva a ello. Ballash, Leyfer, Buckley & Woodruff-Borden (2006), afirman que respecto a los mecanismos de transmisión de la ansiedad entre padres e hijos falta todavía algunos cabos sueltos que resolver.

El primero de estos factores que juega un papel importante en la etiología de los trastornos de ansiedad es el tipo de apego. Warren, Huston, Egeland & Sroufe (1997), en un estudio longitudinal, hallaron una relación entre el apego inseguro en la infancia y los trastornos de ansiedad, en donde niños con vínculo inseguro o vínculo ambivalente resistente tenían mayor probabilidad de ser diagnosticados con alguno de este tipo de trastornos.

Mannasis, Bardley, Goldberg, Hood & Swinson (1994) llevaron a cabo una investigación, que tenía como objetivo evaluar el tipo de apego entre madres diagnosticadas con algún trastorno de ansiedad y sus hijos. En el estudio participaron 18 madres diagnosticadas previamente. En una primera fase, a estas madres se les aplicó el “Adult Attachment Interview” y cuestionarios estandarizados. En una segunda fase, ellas junto con sus hijos pre-escolares (20 niños aproximadamente) participaron en la actividad llamada la situación extraña. Los resultados arrojados fueron, que todas las madres fueron clasificadas como no autónomas y que el 80 % de los niños fueron

clasificados con apego inseguro. De ese 80 % el 65% de ellos mostró un vínculo inseguro de tipo desorganizado. Según Papalia, Olds y Feldman (2001), el vínculo afectivo inseguro desorganizado ocurre cuando un padre se muestra impredecible y temeroso; como consecuencia, el niño muestra comportamientos contradictorios en el momento en la madre o cuidador primario regresa. Por ejemplo, pueden saludar a la madre con vivacidad, pero después se aleja o se aproxima sin mirarla, los niños parecen confundidos o temerosos.

Mannasis et al (1995) realizaron otro estudio, en donde evaluaron la inhibición conductual, el estilo de apego y los niveles de ansiedad de 20 niños, entre los 18 y los 59 meses, cuyas madres fueron diagnosticadas con trastornos de ansiedad. Se utilizaron las medidas de Kagan y el “Strange Situation Procedures”, el “Child Behaviour Checklist (CBCL)” y criterios del DSM III R como estrategias de evaluación. El 65% de los niños presentaron comportamiento inhibido. El 80 % de ellos mostraron un estilo de apego inseguro. Estos infantes obtuvieron puntuaciones más altas en el CBCL. 3 de los 18 niños cumplieron criterios del DSM III R para trastornos de ansiedad.

Otro factor en la relación padres e hijos que facilitan la aparición de “trastornos de ansiedad” es el control parental. Aunque las relaciones familiares son complejas, una característica de la relación padres-hijos, en la que se han obtenido, constantemente, diferentes medidas entre los padres diagnosticados con trastornos de ansiedad y los que no, es en el control parental. (Ballash et al. 2006; Wood, McLeod, Sigman, Hwang & Chu, 2003).

Se encontraron tres estudios, que evidenciaron que el control parental es uno de los factores, de la interacción padres e hijos, que está correlacionado con la aparición de lo

que, profesionales en salud mental denominaron trastornos de ansiedad, como el TOC. El primero de ellos, fue el de Whaley, Pinto & Sigman (1999), en donde evaluaron la forma de interacción entre madres con ansiedad y sus hijos, en comparación con madres que no padecen ansiedad. Este tenía como objetivo, obtener mayor comprensión sobre los mecanismos de transmisión de los trastornos de ansiedad. A un grupo de madres, se les aplicó dos entrevistas, una estructurada y otra semi-estructurada en donde se obtuvo información sobre su ansiedad y sobre información diagnóstica sobre sus hijos. A sus hijos, se les aplicó una entrevista diagnóstica semi-estructurada. Las madres se clasificaron en dos grupos: madres diagnosticadas con algún trastorno de ansiedad y madres sin diagnóstico. Se obtuvieron los siguientes resultados: (a) las madres con ansiedad eran menos cálidas con sus hijos, les dan a estos menos autonomía y reaccionan de manera más catastrófica ante situaciones de riesgo o novedosas que las madres que no sufren de ansiedad, (b) la ansiedad aparece como el principal predictor de la calidez de la interacción madre e hijo (c) el nivel de autonomía fue encontrado como una característica del control parental involucrada en el desarrollo de los trastornos de ansiedad y (d) los comportamientos emitidos por las madres con ansiedad en la interacción con sus hijos, son considerados como los principales facilitadores del desarrollo de trastornos de ansiedad en los niños.

El segundo de esos estudios, lo llevo a cabo Ginsburg et al (2006) quienes examinaron el tipo de interacción padres e hijos y los comportamientos emitidos por padres afroamericanos principalmente. Se evaluaron 50 madres afroamericanas. 25 de ellas tenían un diagnóstico previo de ansiedad y las otras 25 no tenían ningún diagnóstico. Se evaluó a través de la observación de la interacción de estas madres con

sus hijos, hubo tanto una observación estructurada como semiestructurada. Para las observaciones se utilizaron el “Etch-A-Sketch Task” y el “Child-Directed Free-Play Task”. Los resultados indicaron, que padres con ansiedad mostraron mayor nivel de sobreprotección y comportamientos tanto verbales como no verbales característicos de la ansiedad y que guardan relación con el autocontrol parental, como por ejemplo expresiones de dudas y de temor. Lo anterior, influyó en el desarrollo de una actividad determinada en el “Etch- A- Sketch Task” y por ende en la autoevaluación de los niños, lo que contribuía con el desarrollo de la ansiedad de sus hijos.

El tercero de ellos, es el de Woodruff-Borden et al. (2002), ellos examinaron igualmente los comportamientos de ansiedad que guardan relación con el control parental, en la interacción con sus hijos para comprobar la hipótesis del papel que juegan estos en la trasmisión de los trastornos de ansiedad. En la investigación participaron 51 madres con sus hijos. Los participantes fueron sometidos a entrevistas estructuradas y se les aplicó ejercicios de interacción padres e hijos, los cuales fueron filmados por observadores externos a la investigación. 25 de los padres padecen ansiedad. El otro grupo, que es el grupo control, no han recibido diagnóstico previo. Los resultados del estudio sugirieron diferencias en la interacción con sus hijos entre los dos grupos de padres, padres con ansiedad eran más evitativos y menos comprometidos en actividades que requiera ejecutar tareas en conjunto con sus hijos o en situaciones, esto genera que los hijos tengan que afrontar la ejecución de dicha tarea o una situación difícil por ellos mismos sin que adquieran las destrezas necesarias para lograrlo. Estos padres, no cuentan con las habilidades necesarias para enseñarles a sus hijos por estar lidiando con su propio distrés y ansiedad. Lo anterior, se puede extender a situaciones

naturales cotidianas que tienen que afrontar niños y adolescentes, como son los trabajos escolares y el establecimiento de relaciones interpersonales.

Así como existen factores de interacción entre padres e hijos que contribuyen con la aparición de algún comportamiento de ansiedad como los asociados al TOC, existen igualmente factores en el individuo que contribuyen a eso. Dentro de esos factores se encuentra el comportamiento inhibido, un estilo de afrontamiento evitativo, y un alto sentido de la responsabilidad.

Según Van Brakel, Muris, Bogels & Thomas (2006) “una variable que predispone a un individuo a padecer de algún trastorno de ansiedad es el comportamiento inhibido” (p. 570), lo cual fue demostrado por varios estudios. La inhibición comportamental es definida por Kagan, Reznick, & Sinidman (1988) como un comportamiento caracterizado por la restricción conductual y temor frente situaciones, eventos o personas no familiares.

Hirshfeld, et al (1992), realizaron un estudio longitudinal con niños de 21 meses, durante siete años y medio. Se dividieron los niños en dos grupos: los temporalmente inhibidos y los no inhibidos. Los resultados arrojados fueron, que los niños que continuaron siendo inhibidos presentaron, al final de estudio, mayores niveles de ansiedad que los niños que no eran temperamentalmente inhibidos y de los que dejaron de serlo antes de los 4 años.

Kagan et al. (1988) encontraron que niños comportamiento inhibido, tienden a presentar temor y comportamientos de escape y evitación ante situaciones novedosas o poco familiares para ellos, dichos niños están en mayor riesgo de padecer alguno de estos trastornos. Otros dos estudios fueron realizados por Biederman et al (1999), en

donde encontraron que niños pre-escolares, inicialmente identificados como comportamentalmente inhibidos, eran más propensos a padecer síntomas asociados a trastornos de ansiedad en comparación con niños con temperamento desinhibido.

Ivarsson & Finge-Westholm (2004), evaluaron el tipo de correlación existente entre el comportamiento inhibido y el TOC. Se evaluaron 83 consultantes, de los cuales 45 de ellos eran niños y 38 de ellos eran niñas. Estos niños cumplieron los criterios del DSM IV para el diagnóstico de TOC. Este grupo fue comparado con un grupo control de 89 niños, de los cuales 39 eran niñas y 46 eran niños. Los participantes del grupo control fueron seleccionados al azar. La información de sobre síntomas de ansiedad se obtuvo a través de “Children`s Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale” (CYBOCS). Las medidas sobre el temperamento fueron obtenidas a través del “Emotionality, Activity and Sociability Scale” EAS. Se utilizó, como estadístico para evaluar la correlación, el ANOVA. Los resultados arrojados fue que existe una correlación positiva entre la inhibición conductual y el TOC, los niños diagnosticados con TOC obtuvieron puntuaciones más altas que los niños del grupo control en la sub-escala de timidez y menor en la sub-escala de actividad en el EAS. Estas puntuaciones pueden ser un indicativo de inhibición comportamental.

Rachman (1993), sugirió que un exagerado sentido de responsabilidad puede predisponer la aparición de eventos privados negativos, como pensamientos obsesivos. Salkovskis et al (1996), definieron el sentido de responsabilidad como una necesidad de prevenir la obtención de cualquier resultado negativo. Lopatka & Rachman (1995) evaluaron la influencia del sentido de responsabilidad en la etiología de conductas ansiosas. En el estudio participaron 30 candidatos quienes cumplían con los criterios del

DSM III-R para el diagnóstico de TOC. El estudio consistió en incrementar y disminuir, en los participantes de la investigación, el sentido de responsabilidad en la ejecución de una tarea determinada. Se encontró una correlación positiva entre el sentido de responsabilidad en el TOC.

Manciani, D'Olimpo y Cieri (2004), llevaron a cabo una investigación que tenía como objetivo indagar si el sentido de responsabilidad y las expectativas de fracasar estaban relacionados con la aparición de las obsesiones que padecen los sujetos con trastorno obsesivo compulsivo. Los resultados arrojados confirmaron, que el sentido de responsabilidad y que un número reducido de habilidades de afrontamiento pueden estar correlacionadas con la aparición de las obsesiones. Respecto a este estudio y a este planteamiento, los estudios sobre las obsesiones que padecen los sujetos con trastorno obsesivo compulsivo no han podido establecer una causalidad directa, viéndose así la necesidad de realizar más investigaciones que den cuenta de esto.

Según Cloninger, Svrakick, Bayon & Przybeck (1999), sujetos que puntuaron alto en el tipo de afrontamiento evitativo tienen mayor probabilidad de presentar trastornos de ansiedad como el TOC, debido a la presencia de alguna falla en los receptores de serotonina. Las personas con este tipo de comportamiento se caracterizan por emitir conductas que producen alivio o que permitan que el malestar emocional se aleje (Azor, s,f) .

Golthelf et al. (2004) en su investigación, con niños, buscaron comprobar tanto su propio planteamiento teórico, como el planteamiento propuesto por Cloninger y sus colaboradores. En el estudio, se plantearon dos hipótesis principales, la primera de ellas fue que los niños con trastornos de ansiedad experimentarían más eventos negativos que

los niños que no presentan trastornos de ansiedad; la segunda hipótesis, fue que los niños con TOC presentarían puntuaciones mayores en conductas de evitación y menores en el establecimiento de metas y proyectos a futuro que los del grupo control. Así mismo, los niños con TOC puntuarían bajo en la búsqueda de situaciones novedosas y alto en la persistencia en un mismo evento, que los niños del grupo control. Los resultados encontrados en dicho estudio fueron, que el grupo de niños con TOC experimentaron más eventos negativos en su vida que el grupo control. Adicionalmente, estos niños perciben los eventos negativos como más amenazantes que los niños del grupo control. Esto comprueba la primera hipótesis de investigación y da igual peso tanto a la teoría cualitativa general como a la cuantitativa. Respecto a la segunda hipótesis, se encontró que los niños del grupo experimental obtuvieron puntuaciones mayores en comportamientos de evitación que los niños del grupo control; contrario a lo que se esperaba, no se encontraron diferencias entre grupo control y experimental en la búsqueda de situaciones novedosas y en la persistencia en un mismo evento. Lo cual comprueba parcialmente la segunda hipótesis de investigación.

Estudios más recientes buscaron también explorar la relación propuesta por Cloninger y sus colaboradores entre la conducta evitativa y el TOC. Pietrefesa et al. (2008) investigaron sobre el papel que juega la evitación de situaciones negativas y adicionalmente la sensación de que algo queda incompleto en la aparición del TOC. La hipótesis de investigación fue que ambos factores, la conducta evitativa y la sensación de que lo que se hace queda incompleto, estarían significativamente correlacionadas con el TOC. Otra de las hipótesis de investigación fue, que la sensación de lo que se hace queda incompleto está más relacionada con obsesiones respecto al orden y la

compulsión de ordenar, mientras que la conducta evitativa está más relacionada con obsesiones de contaminación y rituales de lavado.

Fueron varios los resultados arrojados en la investigación realizada por Pietrefesa et al. en el 2008, primero se encontró que tanto el sentido de que lo que se hace queda incompleto y el tipo de comportamiento evitativo están significativamente correlacionados de manera positiva con el TOC; sin embargo, son constructos independientes y que además cada uno contribuye, por separado, a este trastorno. Segundo, se encontró que la sensación de que lo que se hace queda incompleto tuvo una correlación positiva mayor con síntomas del TOC como el orden, el perfeccionismo y dudas respecto a cómo actuar, mientras que el estilo de comportamiento evitativo tuvo una correlación positiva mayor con las obsesiones. Por último, a diferencia de lo que ellos esperaban, no hubo una correlación positiva mayor entre los rituales de lavado y conducta de chequeo con el tipo conducta evitativa. Hubo una correlación positiva similar entre el estilo de comportamiento evitativo y la sensación de que lo que se hace queda incompleto.

Una vez hablado sobre factores como, la conducta evitativa y la interacción padres- hijos, que influyen en la aparición de “trastornos de ansiedad” y de haber expuesto estudios que lo demuestran, también se han encontrado investigaciones que integraron ambos factores, que buscaron explicar el desarrollo de trastornos de ansiedad dentro de los que se encuentra el trastorno obsesivo compulsivo.

Calkins & Fox en 1992, obtuvieron evidencia de una relación recíproca entre el tipo de apego y la inhibición conductual. Ellos examinaron como la relación existente entre el comportamiento inhibido y el estilo de apego influye en el desarrollo de

trastornos de ansiedad. Para ello, realizaron un estudio longitudinal donde evaluaron el tipo de apego con su cuidador primario y el tipo de comportamiento exhibido, en 52 niños. El tipo de apego y el tipo de comportamiento, fueron evaluados cuando estos niños tenían 2 días de nacidos, 5, 14 y 24 meses de edad. Los resultados encontrados fueron los siguientes: (a) altos niveles de estrés y comportamientos de escape, emitidos por la madre o cuidador primario, en los primeros meses de edad generaba en estos niños un estilo de apego inseguro (b) Los niños que fueron clasificados con vínculo ambivalente resistente mostraron mayor inhibición conductual que los niños que mostraron un vínculo evitativo y (c) que la interacción entre apego inseguro y comportamiento inhibido tienen una gran influencia en el desarrollo de trastornos de ansiedad. Van Brakel et al. (2006), evaluaron conexiones recíprocas entre el tipo de comportamiento, el tipo de apego y el estilo de crianza parental en niños entre 11 y 15 años. Los resultados encontrados fueron que existe una modesta correlación positiva entre el comportamiento inhibido, el tipo de apego y el control parental con los niveles de ansiedad en estos niños.

Cómo se Mantiene y se Adquiere la Conducta Evitación Experiencial

Desde el planteamiento ACT, tanto la corriente filosófica del contextualismo funcional, como la teoría que de ella se desprende, la teoría de los marcos relaciones, explican cómo se adquiere y se mantiene un patrón de conducta de evitación experiencial.

Como se mencionó anteriormente, el contextualismo funcional es una corriente filosófica que postula que el análisis del comportamiento es una ciencia natural que busca un sistema organizado y empíricamente validado de conceptos verbales y reglas

que permitan la predicción y el control de la conducta humana. Es una postura que se contrapone a la corriente teórica mecanicista o dualista (Biglan, 2004), la cual manifiesta la existencia de una relación causal directa o arbitraria y no bidireccional entre los eventos tanto privados como públicos y la conducta humana (Wilson & Luciano, 2002).

Conocer que un evento está relacionado con otro que es seguido contingencialmente, no predecirá por sí solo la probabilidad de ocurrencia de dicho evento en presencia del primer evento contiguo. Para ello, es necesario conocer las relaciones entre dicho evento y su contexto, dado que los únicos eventos que pueden ser manipulados son aquellos que se encuentran inmersos dentro de un contexto (Biglan & Hayes, 1996).

En otras palabras, tener solo conocimiento de una relación simple entre eventos no da una explicación detallada de la conducta humana, para ello se deben establecer las relaciones entre un evento determinado y el contexto en el que este se desarrolla. El contextualismo funcional, postula que las causas del comportamiento están en el recorrido que atraviesa un evento determinado, bien sea público o privado a través del contexto verbal e histórico de la persona; por ende, la predicción de la conducta está en las relaciones que el individuo establece en su actuar en el contexto. Entonces, las causas del comportamiento están en el contexto personal histórico de la persona, que está en constante actualización por medio de las interacciones presentes en él (Wilson & Luciano, 2002).

Skinner en 1945, señaló el origen social o contextual de los eventos privados e intentó dar una explicación de cómo los eventos privados llegan a adquirir una función determinada. Él estableció cuatro condiciones a través de las cuales los hablantes generan eventos privados: (1) por estímulos privados que correlacionan con estímulos

públicos accesibles a quienes establecen la contingencia, (2) por respuestas colaterales no condicionadas que correlacionan con estímulos privados (3) porque algunas respuesta a estímulos privados son descriptivas de la conducta de la conducta del hablante y (4) por transferencia e inducción del estímulo o por relaciones metafóricas (citado por Wilson & Luciano, 2002).

El anterior planteamiento Skinneriano, dio pie al establecimiento de una teoría contextualista, aún más compleja sobre cómo los eventos privados establecen funciones, la cual fue denominada la teoría de los marcos relacionales (TMR). Fueron varias las razones por la que el planteamiento Skinneriano dio pie a la TMR; Primera, los planteamientos teóricos tienen el mismo objetivo, dar una explicación de cómo eventos privados adquieren su función, que es lo que mantiene la conducta humana. Segunda, hay un concepto que tanto Skinner como la teoría de los marcos relacionales utilizan, que es la transferencia de estímulo, y que la teoría de los marcos relacionales ahonda más profundamente en dicho concepto.

Wilson y Luciano (2002), mencionan que “la TMR trata de integrar conceptos tales como la equivalencia, el aprendizaje relacional, la conducta gobernada por reglas y procesos cognitivos. Adicionalmente, resaltan que el componente central o común de la psicología humana es el lenguaje que está presente en todos los asuntos humanos. Desde la TMR, el responder relacional es el aspecto central que define la conducta verbal, característica de los seres humano. Este tipo de aprendizaje, consiste en responder ante un estímulo determinado o ante un evento en término de otro; por lo tanto, un estímulo es definido verbalmente cuando sus funciones, aversivas o positivas, vienen dadas por marcos de relación entre palabras, objetos u acciones, que son establecidos por las

contingencias obtenidas por un individuo en su actuar dentro de su mismo contexto, o en otras palabras son determinadas por su propia historia personal” (P. 52).

El responder relacional se conoce operante generalizada, Hayes & Wilson (1993) definieron la operante generalizada como una clase de respuestas definidas funcionalmente, en donde los miembros de la clase difieren en sus características topográficas, pero que forman una clase de respuesta porque la contingencia que está operando ha sido la misma a través de un número suficiente de ejemplos.

Según Wilson & Luciano (2002), la operante generalizada posee las siguientes características: (a) se desarrolla por reforzamiento diferencial de tipos de respuestas, a través de varios ejemplos, pero en presencia de claves relevantes o contextuales y que sólo pueden ser abstraídas funcionalmente, (b) se dan de manera arbitraria; ósea que va más allá de la forma o secuencia determinada entre estímulos o eventos determinados, (c) están bajo el control contextual y (d) son insensibles al cambio de contingencias. Para una mayor comprensión de lo anterior, se ilustrará el siguiente ejemplo; piense en la siguiente formulación, socialmente establecida, “quienes van al psiquiatra o al psicólogo están locos y los locos son peligrosos” si la persona no tiene otra formulación verbal que sustente lo contrario, establece dicha formulación. En el momento en que esta persona, llegue a conocer a otra y esta le agrada (esta última persona adquiere una función positiva, para la primera persona en mención). Sin embargo, si esta persona se llega a enterar de que el individuo que acaba de conocer ha ido al psiquiatra, el agrado que sentía por este se acabaría y su función positiva cambiaría a negativa (P. 52).

El concepto de operante generalizada, que es el concepto central en la TMR, es uno de los conceptos contextualistas del análisis del comportamiento humano. Este

concepto, posee algunas características que guardan relación con conceptos del contextualismo. Por ejemplo, los eventos que participan dentro de una operante no pueden ser examinados efectivamente de manera independiente dado que su naturaleza depende exclusivamente de las relaciones que se dan entre ellos (S. C. Hayes, L.J. Hayes & Reese, 1988). De manera parecida, para el contextualismo el acto fuera de un contexto no es un acto, según Pepper este no puede ser analizado por sí solo o por el análisis de cada una de sus partes, sino por las relaciones que se presentan alrededor de dicho acto (citado por S. C. Hayes, L.J. Hayes & Reese, 1988). Lo anterior, indica que el fundamento epistemológico de la TMR se encuentra en el contextualismo.

Otro concepto central de la TMR, y que hace parte también del aprendizaje relacional, es el concepto de Marco Relacional. Tan esencial es que la teoría lleva su nombre. Un marco relacional es una operante generalizada, que posee unas características particulares; esto implica que cualquier relación entre estímulos estaría sujeta a ellas. Dichas propiedades son vinculación mutua, vinculación combinatoria y transformación de la función del estímulo (Wilson y Luciano, 2002). Entonces, en este caso un individuo no estaría respondiendo a las características físicas de los estímulos sino a claves contextuales que van más allá de dichas características; es decir, estaría respondiendo a un marco relacional establecido (Hayes et al, 1999).

La vinculación mutua ocurre cuando se da una relación bidireccional entre dos estímulos, implica responder a un estímulo en término de otro y viceversa; entonces si un estímulo A está relacionado con un estímulo B, entonces B está relacionado con A. El tipo de relaciones entre estímulos puede variar o relacionarse en diferentes niveles ; es decir, si un estímulo A es igual a un estímulo B, pero si es el estímulo A es mayor que el

B, el estímulo B es menor que A. Dichas variaciones en el tipo de relación entre estímulos vienen dominadas contextualmente (Wilson & Luciano, 2002).

La vinculación combinatoria, se aplica cuando en un contexto determinado, un estímulo A está relacionado con un estímulo B y B está relacionado con un estímulo C, entonces A y C están mutuamente relacionados. Por ejemplo, si una casa es más costosa que un carro y un carro es más costoso que un iphone, entonces el carro es menos costoso que una casa y el iphone es menos costoso que la casa (Bach y Moran, 2008).

La transformación de función, ocurre cuando un estímulo determinado posee unas funciones psicológicas que son también adquiridas por otro estímulo con base a la relación arbitraria existente entre estos dos. Por ejemplo, si un estímulo A genera ansiedad en una persona, y esa persona ha aprendido a que el estímulo B está relacionado con A, ese estímulo también genera ansiedad en esa misma persona (Bach y Moran, 2008).

Hayes et al (2001), describieron 9 tipos diferentes de relaciones entre estímulos, estos son: (1) de coordinación, (2) de oposición, (3) de comparación, (4) de distinción, (5) de jerarquías, (6) de relaciones temporales, (7) de relaciones espaciales, (8) de condicionalidad y causa (9) de la perspectiva del hablante.

El tipo de relación de coordinación implica una relación entre estímulos de igualdad, similitud, identidad y semejanza. Son relaciones como por ejemplo, A es igual a B, o A es semejante a B. Son el tipo de relación más simple y las primeras que se establecen dentro de la comunidad verbal (Hayes et al, 2001).

Las relaciones de oposición implica responder ante relaciones como “no es igual a” o “es contrario a”. Este tipo de relaciones se producen después de las de coordinación

dentro de la comunidad verbal. Parece necesario, que una vez establecidas las relaciones de semejanza o igualdad, al tiempo o inmediatamente después se establecen las relaciones de oposición (Hayes et al, 2001).

Las relaciones de comparación, ocurren cuando se responde ante un evento respecto a otro sobre una base comparativa, bien sea cuantitativa o cualitativa. Se establecen relaciones de este tipo: mejor o peor, más o menos, entre otras. Igualmente, se responde ante dimensiones comparativas como tamaño, velocidad, textura y apariencia. Un ejemplo de este tipo de relación sería, si Pedro trabaja dos veces más que Luis, y Luis trabaja dos veces más que María, se deriva que Pedro trabaja cuatro veces más que María(Hayes et al, 2001).

Las relaciones de distinción, consisten en responder a un evento determinado con base en sus diferencias con otro evento en cualquier dimensión. Es importante aclarar, que es responder ante la relaciones de las diferencias entre eventos, sin que llegue a establecerse relaciones de oposición (Hayes et al, 2001).

El marco de relaciones Jerárquicas, son relaciones entre estímulos y los atributos de un evento determinado. Por ejemplo, si Joaquín es el padre de Miguel y Luis, se deriva que los dos últimos son hermanos (Hayes et al, 2001).

El marco de relaciones Temporales, implica relaciones comparativas de tiempos entre eventos. Son relaciones, por ejemplo de antes-ahora-después, ayer-hoy mañana y relaciones causales como si antes esto, después esto otro (Hayes et al, 2001).

El marco de relaciones Espaciales, consiste en relaciones entre eventos basada en la situación espacial en que se encuentren esos eventos, como arriba-abajo, de frente- de espalda, otras (Hayes et al, 2001).

En el marco de relaciones de Condicionalidad y de Causalidad ocurre, cuando se construye una jerarquía de relaciones causa-efecto que va más allá de la establecida por un marco comparativo (Hayes et al, 2001).

El último marco relacional, es de las relaciones de Perspectiva del hablante, el cual se refiere a relaciones que un emisor establece con sus oyentes. Son relaciones que tienen que ver con expresiones de este tipo: acá, tú, allá, mío, esté, ese, mío, suyo. Por ejemplo, si yo María estoy acá, tú Juan estas allá (Hayes et al, 2001)

Esta teoría de los marcos relacionales y las teorías sobre el comportamiento verbal, son la base teórica de las actuales terapias de tercera generación, como lo es ACT, que es la intervención que se explicará a continuación, ya que explica las conductas de evitación experiencial en contexto, que son el principal objetivo terapéutico de este estudio.

Terapia de Aceptación y Compromiso

Generaciones de la Terapia Conductual

La terapia conductual, es la más utilizada para manejar trastornos de ansiedad como el TOC (Eiffert y Forthsyth, 2005, p.31), dentro de ella existen tres generaciones, denominadas como terapias de primera, segunda y tercera generación; en cada una de ellas, se crearon diversos tipos de terapias. (Eiffert & Forthsyth, 2005; Bach & Moran, 2008), que han sido producto de un proceso de crecimiento teórico, empírico y práctico del enfoque comportamental, debido a que se desarrollaron con base a las críticas hechas a la generación anterior.

Las terapias de primera generación, surgen del deseo de conectar las técnicas de modificación de conducta con los principios o estándares científicos de la época. Esto,

llevó al desarrollo de los planteamientos teóricos propuestos por Pavlov (1927); Watson Y Rayner (1920) sobre condicionamiento clásico. Ellos demostraron que cuando se presentan dos estímulos contiguos en el tiempo, un estímulo neutro (que no produce ninguna respuesta) y un estímulo incondicionado (que produce una respuesta), ese estímulo neutro llega a producir la misma respuesta del estímulo incondicionado, convirtiéndose en un estímulo condicionado (Bach & Moran, 2008). Dentro de las terapias de esta generación se encuentra la desensibilización sistemática y otras terapias de contra-condicionamiento.

Fueron dos las críticas hechas a esta primera generación, la primera de ellas fue que el condicionamiento clásico no explicaba completamente cómo era el desarrollo de los procesos de aprendizaje dentro de la ansiedad dado que ciertas personas, bajo el mismo mecanismo de aprendizaje, adquirirían respuesta condicionada al temor y otros no (Eiffert & Forthsyth, 2005; Bach & Moran, 2008). La segunda de ellas fue, que la respuesta condicionada al temor no es desadaptativa, puesto que es funcional tanto para el ser humano como para otros animales. Un ejemplo de esto, es una situación de asalto, si la persona que está siendo asaltada no presenta una respuesta condicionada al temor de quedarse quieto, es posible que reciba una herida por parte de los asaltantes (Eiffert & Forthsyth, 2005).

Las terapias de segunda generación, comúnmente conocidas como terapias cognitivo conductuales (TCC), combinan los planteamientos teóricos del condicionamiento operante y la teoría cognitiva (Bach y Moran, 2008), tratando de dar respuesta a la explicación del porqué en personas expuestas a un mismo proceso de condicionamiento, no se presentaba en todos ellos la respuesta condicionada.

El condicionamiento operante postula, que operaciones de establecimiento como la saciedad o la deprivación, ante un estímulo cualquiera en el ambiente (estímulo discriminativo) aumenta o disminuye la probabilidad de que un individuo emita nuevamente la conducta, dependiendo la consecuencia que traiga consigo dicho estímulo. El aumento en la probabilidad de emitir una conducta, se conoce como refuerzo, la disminución en la probabilidad emitir nuevamente la conducta, se conoce como castigo.

Por otra parte, el modelo cognitivo plantea que cuando ocurren algunos eventos o estímulos en el ambiente, el individuo hace una interpretación de estos. Cuando dicha interpretación, es irracional o falsa conlleva a que este individuo presente sentimientos, afectos y pensamientos negativos, lo cual se refleja en el comportamiento de esa persona (Bach y Moran, 2008). Por lo tanto, las terapias de segunda generación plantean que los estímulos ambientales son interpretados de manera irracional por un individuo, lo que le genera eventos privados negativos que a la vez conllevan a conductas negativas, como las conductas relacionadas como la ansiedad (Eiffert y Forthsyth, 2005; Bach y Moran, 2008).

Existen diferentes técnicas terapéuticas que se usan en las terapias cognitivo conductuales, dentro de ellas se incluyen la exposición interoceptiva y exteroceptiva directa, exposición con la imaginación, prevención de respuesta, implosión, desensibilización sistemática. Estas técnicas buscan modificar las cogniciones irracionales, que eran considerados el problema o los síntomas, de la persona (Bach & Moran, 2008).

Fueron principalmente tres, las críticas hechas a las terapias de segunda generación. Primero, no fueron construidas en base investigaciones previas, ni bajo los principios científicos dominantes de la época, ya que se basaron en constructos hipotéticos que no son validados ni definidos operacionalmente. Por ejemplo, términos utilizados frecuentemente en las TCC como, la sobre-generalización, pensamientos irracionales, pensamiento dicotómico entre otros, no son encontrados dentro de la literatura de la ciencia cognitiva. La falta de claridad en los constructos, no permite establecer cuáles son las estrategias de cambio dentro de estas terapias de segunda generación (Bach & Moran, 2008). Dobson & Khatri, (2000), realizaron una revisión histórica sobre la efectividad y el auge que ha tenido la TCC hasta esa fecha, con el fin de realizar una predicción sobre cómo será el futuro de estas terapias en los siguientes 50 años. Lo que encontraron fue lo siguiente: primero, que las TCC han tenido y seguirán teniendo auge como alternativa de tratamiento para los trastornos de ansiedad como el TOC y segundo, que presentan una falencia importante, que es no tener respuesta de cuál es el mecanismo de cambio dentro de un proceso psicoterapéutico.

La segunda crítica hecha a las terapias de segunda generación, fue realizada por Weeks & L'abate (1982). Ellos postularon que el terapeuta que trabaja bajo el modelo cognitivo- conductual, se centra en el contenido del problema y no el contexto del consultante; es decir, que este se enfoca en lo que el consultante reporta y eso lo toma como objeto de cambio psicoterapéutico, cuando eso es particularmente problemático de acuerdo al contexto en el que se encuentra el consultante. Enfocarse solamente en las problemáticas traídas por el consultante a consulta, resulta una mejoría de manera superficial, pues esta sería momentánea. Esto se debe a que únicamente se estaría

modificando la forma de la conducta y no la función que cumple esta, que es lo que lleva a que se mantenga un comportamiento determinado.

Una tercera crítica hecha a las terapias cognitivo conductuales, fue que los terapeutas de dicha generación, perciben al cliente como si tuviera algún déficit y como si se tuviera que indicarle la forma adecuada de cómo debe ser su comportamiento. Cuando un terapeuta asume esta actitud paternalista, se está disminuyendo la capacidad del consultante de experimentar la contingencia directa y de identificar los recursos propios que poseen para solucionar los problemas que los aqueja (Hayes, 1987). La razón de la postura anterior es, que los consultantes llegan con la idea de que son incompetentes para solucionar los problemas que los aqueja, si el terapeuta asume una actitud de alta competencia y de que es quién da solución a los problemas de este, le niega, al consultante, la posibilidad de emitir por él mismo conductas que lleven a la solución de su problema y por ende recibir refuerzo positivo para que vuelva a emitir la misma conducta (Wilson & Luciano, 2002).

Con base a las críticas hechas a las dos primeras generaciones de la terapia conductual, se percibió una fuerte necesidad dentro del gremio de terapeutas conductuales de establecer un adecuado análisis comportamental, que diera una explicación a los eventos netamente verbales, que habían sido relegados hasta el momento. Dicha necesidad surgió del interés por comprender problemas clínicos humanos complejos, lo que hizo evidente que las explicaciones sobre estos deberían trascender a explicaciones basadas meramente en las características topográficas de los diferentes trastornos (Hayes & Wilson, 1993).

De esa necesidad, surgió un nuevo grupo de terapias, denominadas de tercera generación. Las terapias de tercera generación fueron influenciadas por investigaciones sobre comportamiento verbal y sobre las cogniciones, desde la postura filosófica del contextualismo funcional y la teoría de marcos relacionales; al igual, siguen siendo terapias de conductuales, puesto que se desarrolla mediante la validación empírica. Ellas evalúan y analizan el comportamiento humano, observado la persona funciona en diferentes área de su vida, y no realizando categorías diagnosticas o sintomáticas, como lo hacen en las terapias de segunda generación (Bach y Moran, 2008). Las actuales terapias de tercera generación, son el tipo de terapias que concierne a la presente investigación, se basan en los planteamientos teóricos del contextualismo funcional (Eiffel & Forthsyth, 2005; Bach & Moran, 2008). Siendo las más conocidas, son las siguientes cuatro: Terapia Dialéctica del Comportamiento, la Psicoterapia Funcional Analítica, ACT y Mindfulness como una técnica del manejo del estrés. E (Bach y Moran, 2008).

Definiendo la Terapia de Aceptación y Compromiso

ACT es una intervención psicoterapéutica conductual, derivada de una perspectiva del analítica del comportamiento relacionada con el lenguaje y los contenidos internos (Hayes, Barns-Holmes & Roche, 2001). Su postura respecto a la psicopatología y las conductas clínicamente relevantes, es que estas pueden ser descritas con base a seis procesos interrelacionados, enmarcados dentro de un diagrama conocido como inflexahex. Estos seis procesos, producirían inflexibilidad en la emisión de repertorios conductuales que ayudarían a resolver la o las problemáticas de la persona y

dificultarían el cumplimiento de las metas que la persona quisiera alcanzar para tener una vida más productiva.

Los seis procesos del diagrama inflexahex son los siguientes para la evaluación son: (a) la evitación experiencial, (b) la fusión cognitiva, (c) fusión a un yo contenido (d) falta de claridad en los valores (e) inactivación persistente e impulsividad (f) débil auto-concepto y predominio del contacto con el tiempo presente y el futuro.

La evitación experiencial ocurre cuando una persona intenta todo para erradicar o eliminar o controlar todos los pensamientos, sentimientos y sensaciones, entre otros eventos privados, no placenteros y cuyas consecuencias ya fueron explicadas. La fusión cognitiva ocurre cuando el comportamiento está más influenciado por antecedentes verbales como pensamientos, sentimientos o emociones, que por las consecuencias ambientales. En otras, palabras es cuando un individuo ve como única verdad, la ocurrencia de esos eventos privados negativos, a pesar de que se le demuestre que la realidad es otra (Bach & Moran, 2008).

Como ya se mencionó, el tercer proceso del diagrama inflexahex es la fusión a un yo contenido. Para una mejor comprensión de este tercer proceso, es importante comenzar explicando el concepto del yo contenido. El yo contenido, son todos aquellos contenidos verbales que los humanos utilizan para describirse a ellos mismos; como por ejemplo, “soy un mal padre”. Un individuo, en su experiencia cotidiana, es capaz de relacionarse a él mismo con otros estímulos, incluidas descripciones verbales, con otras personas o con eventos. Por lo tanto, el yo contenido es aprendido de manera relacional. La fusión a un yo contenido, es cuando se toman esas descripciones verbales no como lo que son, meras evaluaciones o percepciones, sino que son tomadas como formas de auto

referenciación. Sería diferente decir, “soy un mal padre” a “pienso que soy un mal padre”. En el primer caso la persona estaría fusionada a un yo contenido.

El cuarto proceso del diagrama inflexahex, es la falta de claridad en los valores. Cuando se habla de valores no se está hablando de metas, sino de la dirección que el individuo debe seguir para obtener lo que desea lograr en la vida. Entonces las metas hacen parte de los valores, ya que estos hacen parte de esa dirección que el individuo debe seguir. Los valores cuentan con varias características, la primera de ellas es que son un proceso, en el sentido que siempre se obtiene un resultado que genera satisfacción en la persona y además ese resultado va a conducir a un gran resultado final, lo cual es valorado tanto por la terapeuta como por la consultante. La segunda de las características, es que es algo que se desea, esto implica que algo está faltando y que algo debe ocurrir para llenar ese faltante. La tercera característica, es que los valores siempre implican una acción, para que la persona dirija su vida hacia donde esta quiera. Los valores son construidos verbalmente o través de aprendizaje relacional; la falta de claridad en los valores, como su nombre lo dice, ocurre cuando un individuo no tiene claro cuáles son sus valores o cuando la claridad en los mismos se ve obstaculizada por la evitación experiencial o por la fusión cognitiva o por la fusión a un yo conceptualizado (Eiffert & Forthsyth, 2005; Bach & Moran, 2008).

El penúltimo de los procesos, es la inactivación persistente e impulsividad. Este proceso hace referencia tanto a las conductas que el individuo deja de hacer como a los excesos de conductas emitidas con el fin de lograr la evitación experiencial (Bach & Moran, 2008).

El último de los procesos, es el débil auto-concepto y predominio del contacto con el tiempo presente y el futuro. Para la explicación de este proceso del diagrama inflexahex, es necesario mencionar y definir los siguientes dos términos: el conocimiento experiencial del tiempo y el tiempo verbal. Tener un conocimiento experiencial del tiempo, ocurre cuando las respuestas conductuales emitidas por una persona son determinadas por contingencias directas generadas dentro del contexto en el que este se desenvuelve; establecer una historia de aprendizaje de las relaciones ambientales puede generar un repertorio conductual efectivo a utilizar en el futuro. Esa historia de aprendizaje incluye los cambios entre un evento a otro en el pasado, estos cambios finalmente, le permiten a esta persona realizar predicciones sobre la probabilidad de ocurrencia de un evento o acontecimiento determinado en el futuro y responder ante el mismo. Por otra parte, el tiempo verbal hace referencia a los marcos de relación establecidos por una persona entre un evento en el tiempo y una consecuencia; un ejemplo de ello es la siguiente marco relación: “si tengo un título profesional voy a ganar mucho dinero”, este tipo de relación se da incluso sin entrar en contacto con la contingencia directa, ya que se trata de un aprendizaje relacional. Por ejemplo, este individuo que estableció la relación “ ser profesional y ganar mucho dinero”, por más que este haya entrado en contacto con una contingencia directa, en donde observara que

un hombre o una mujer gana mucho dinero teniendo sólo el título bachillerato, para esta persona la única forma obtener dinero seguiría siendo si es un profesional. La fusión al tiempo pasado o al futuro, ocurre cuando la persona establece un aprendizaje relacional de tiempo entre dos eventos, lo que hace que la persona se centre casi exclusivamente en la emisión de conductas en función a este tipo de marcos relacionales, impidiendo que genere otras alternativas que pueden ser también efectivas en la solución de un problema determinado. Entonces, en el caso del ejemplo mencionado, la persona que está fusionada al siguiente marco de relación “ser profesional, ganar mucho dinero”, se centrará exclusivamente en dedicarse a estudiar y a no emitir otro tipo de conductas que lo/a llevaría a conseguir dinero, como por ejemplo, trabajar en los tiempos libres, vender productos por catálogo.

Así como existen los seis componentes o procesos anteriormente mencionados, para la evaluación desde la postura ACT, también existen seis componentes o procesos de cambio dentro de la terapia, los cuales se resumen en dos procesos principales, la aceptación y distanciamiento y el Compromiso con el cambio. Estos seis componentes de cambio en ACT son: la Aceptación, la defusión, yo contexto, Mindfulness, valores y compromiso con la acción (Eifert y Forsyth, 2005) , los cuales serán explicados en la siguiente tabla

Tabla 1: *Procesos de Cambio en ACT*

ACEPTACIÓN Y DISTANCIAMIENTO	
Proceso	Descripción del Proceso
Aceptación	Es tomar postura no evaluativa y de no control, frente a los eventos privados negativos. Implica comportarse dirigiéndose a la consecución de valores sin importar que evento privado se esté experimentando
Defusión	Reconocer sus eventos privados como lo que son: pensamientos, sentimientos, sensaciones, recuerdos etc.
El Yo Contexto	Distinguir el Yo contenido (“ es imposible vivir con ataques de pánico) y el yo contexto para todos los eventos privados negativos (pienso que es imposible vivir con ataques de pánico)
COMPROMISO CON EL CAMBIO	
Proceso	Descripción del Proceso
Mindfulness	Estar en pleno contacto con sus propias experiencias privadas actuales, mientras se actúa para la consecución de valores
Valores	Identificar consecuencias globales que son consideradas importantes para el cliente y que van a dirigir su comportamiento.
Compromiso	Es comprometerse dirigir la conducta de acuerdo a los valores; es decir,

con la Acción llevar a cabo acciones para la consecución se valores.

Una vez, hablado sobre los componentes de ACT tanto para el proceso de evaluación como para el proceso terapéutico, se hace relevante ahora exponer estudios que demuestren la efectividad de sobre diferentes problemas comportamentales, llevando a los clientes a la aceptación y posteriormente al compromiso a actuar en relación a lo que es valorado o importante.

Existe evidencia que ACT tiene un impacto psicológico los patrones de evitación que generan inflexibilidad conductual que pueden generar numerosos problemas a un individuo. Hayes, Luoma, Bond, Masudaa, & Lillis (2006), realizaron una revisión del modelo teórico en el que se basa ACT y un análisis de la efectividad de cada uno de los procesos que esta maneja, encontrando varios estudios que evidencian la efectividad de estas terapias. Adicionalmente, encontraron que estas terapias son útiles para diferentes problemáticas de comportamiento.

Twohig, Hayes y Masuda, (2006) realizaron un estudio donde buscaban evaluar la efectividad de una terapia de aceptación y compromiso (8 sesiones), en cinco consultantes con trastorno obsesivo compulsivo. Los resultados arrojaron una disminución significativa de la intensidad en los comportamientos compulsivos, una vez terminado ACT. Los resultados se mantuvieron en la fase de seguimiento, que tuvo una duración de tres meses. Igualmente, encontraron cambios positivos referentes a las medidas de ansiedad y depresión.

Akihiko et al (2007), con base al estudio que realizaron, afirmaron que ACT produce una reducción de la inflexibilidad en el comportamiento en personas con patrones de evitación y fusión a pensamientos, emociones o evaluaciones negativas. En dicho estudio, los resultados mostraron una disminución en la frecuencia de las compulsiones y en los niveles de ansiedad. Dichos cambios, fueron asociados a una disminución en la credibilidad de los contenidos internos asociados a las obsesiones de los participantes.

Dalrymple & Herbert (2007) realizaron un estudio piloto, en donde participaron 19 personas quienes fueron diagnosticados previamente con trastorno generalizado de ansiedad (TGA). Los participantes fueron expuestos a un proceso de intervención psicoterapéutica, de 12 semanas, que integraba terapia de exposición y ACT. En el estudio, se evidenció la efectividad de las terapias basadas en la aceptación. Los cambios se mantuvieron durante la fase de seguimiento, que tuvo una duración de cuatro meses. Se evidenciaron mejoras en los participantes en síntomas de ansiedad social y en su calidad de vida.

Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Gellers, (2007), realizaron un estudio en donde compararon la efectividad de las Terapias Cognitivo Conductuales (TCC) y ACT. En este estudio, participaron 100 consultantes con ansiedad moderada y severa. Se establecieron dos grupos al azar, a un grupo se le aplicó ACT, mientras que al otro se le aplicó TCC; ambas mostraron ser igualmente efectiva en la disminución de niveles de ansiedad y síntomas depresivos. Igualmente, en un consultante con TOC se encontró una reducción de los comportamientos compulsivos.

Powers, Zum Vörde Sive Vörding, Emmelkamp (2009), compararon la efectividad ACT con terapias de condiciones de control, como efecto placebo, personas en lista de espera y otros tratamiento, y con terapias ya establecidas como la terapia cognitiva, la terapia cognitivo conductual y la terapia interpersonal, en problemas de comportamiento depresivos y de ansiedad; encontrando que ACT fue significativamente mayor que las condiciones de control, pero no significativamente mayor que las otras terapias estructuradas. Ellos concluyen que ACT es efectiva para estos comportamientos considerados problema, y que los resultados en ACT son prometedores, teniendo en cuenta que esta terapia solo tiene 20 años de antigüedad.

Según, Carrascoso & Valvidia (2009), La Terapia de Aceptación y Compromiso está mostrando utilidad como alternativa de tratamiento de un amplio abanico de problemas psicológicos, aunque la evidencia empírica para disponible de eso aún es limitada. Ellos Realizaron un meta-análisis de sobre estudios comparativos que se han hecho sobre la efectividad de ACT frente a las terapias cognitivas y cognitivo conductuales, en donde encontraron que la efectividad de ACT no fue significativamente superior a la de las terapias cognitivo conductuales, en parámetros como la duración del tratamiento o logros obtenidos por el consultante al final del tratamiento; sin embargo, ACT obtuvo mejores resultados en medidas como la credibilidad que tiene el consultante frente a sus eventos privados negativos, lo cual respalda la idea de que los procesos de cambio pueden ser diferentes en ACT, a las de las terapias de primera y segunda generación.

Compromiso con la Acción y los Valores desde el Modelo ACT

El compromiso con la acción, es definido por Eiffert y Forsyth (2005) como el compromiso puesto por una persona en la ejecución de acciones o conductas dirigidas a la consecución de sus valores, los cuales son definidos desde el modelo ACT, según Bach y Moran (2008) como consecuencias globales deseadas por un individuo y que se establecen a través de un responder relacional.

En otras palabras, vivir de acuerdo a los valores significa vivir de acuerdo a lo que es importante para la persona, lo cual quiere decir que durará todo el trascurso de vida de esa persona, e implica llevar a cabo acciones o actividades que permitan vivir de esa manera. Si el compromiso con la acción es definido como el compromiso realizado por una persona para ejecutar de acciones o conductas dirigidas a la consecución de sus valores; entonces, los valores vendrían siendo el motor para que haya dicho compromiso (Bach & Moran, 2008), dado que si realmente no existe algo que la persona considere importante o valore, un individuo no se comprometería a realizar actividades que llevaría a vivir en base a ello.

El compromiso con la acción, es un aspecto central dentro de las terapias ACT, ya que ayuda a que un consultante establezca nuevas relaciones contingenciales que generen el aprendizaje de nuevas conductas, que permitan una disminución de la rigidez conductual en el que se ve inmersa la persona, en donde para esta la única alternativa de solución a los eventos privados aversivos es la evitación o el control de los mismos (Bach & Moran, 2008). A pesar, de que el compromiso con la acción y el tema de los valores sean un aspecto central de ACT, son escasas las investigaciones al respecto (Eiffert y Forthsyth, 2005)

Metodología

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los efectos las estrategias de la terapia de aceptación y compromiso utilizadas, sobre la conducta de evitación experiencial, en una consultante de 27 años?

Objetivos

Objetivo General

Determinar los efectos de la terapia de aceptación y compromiso sobre la conducta de evitación experiencial, en una consultante de 27 años.

Objetivos Específicos

1. Analizar el cambio en el nivel de lucha, en relación a los eventos privados negativos, durante la intervención y posterior seguimiento.
2. Analizar si existe cambio en el nivel de compromiso con la acción, durante la intervención y posterior seguimiento.
3. Establecer cómo las estrategias de la terapia de aceptación y compromiso influyen en el malestar emocional de la consultante.

Diseño de Investigación

En la presente investigación se utilizó un diseño B con fase de seguimiento para analizar el nivel de lucha contra los contenidos internos y el nivel de compromiso con la acción. Según Barlow & Hersen, (1984), el diseño B con seguimiento es un diseño sin control, en donde se omite la línea de base, y el investigador controla un de un número de medidas objetivo repetidamente, a lo largo del tratamiento.

Para cumplir con el objetivo específico de establecer cómo las estrategias de la terapia de aceptación y compromiso influyen en el malestar emocional de la consultante,

se utilizó un diseño AB con seguimiento. Fernández-Ballesteros (1994) afirman que el diseño AB, es un diseño de caso único con un solo componente, integrado por dos fases: una fase inicial (A), denominada una línea de base, donde se registra se registra y mide una conducta objeto, la cual debe estar definida operacionalmente, y un segunda fase (B), caracterizada por la aplicación de una intervención o programa.

Participante

En la presente investigación, la participante es LP, una mujer de 27 años, nacida en Pasto (Nariño), de nivel socio económico medio bajo y estudiante de sexto semestre de Biología. Es remitida con el diagnóstico previo de TOC, es atendida en Consultores en Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, según ella “porque no quiere que su TOC siga interfiriendo en otros ámbitos de su vida como lo es el académico”.

Su vida familiar, ha girado en torno a la limpieza, la manera en que ella interactuaba y recibía atención de sus padres, en especial del papá. La atención se presentaba en situaciones relacionadas con la limpieza de objetos o de higiene personal; por ejemplo, ella menciona que su padre era muy estricto respecto a la limpieza de uno libro de gran valor para él, para ella y sus hermanas.

Tenía una relación de pareja inestable, en donde el novio sólo la buscaba ocasionalmente y le decía abiertamente que tenía otra mujer. LP, siempre terminaba saliendo con él y teniendo relaciones sexuales, las cuales eran satisfactorias.

Su núcleo de amigos era escaso, apenas contaba con 8 o 9 amigos aproximadamente. Sus grupos de amigos son personas que conoce de Pasto, su ciudad natal o compañeros de la universidad. Ella manifestó, que hace dos años se había

disminuido la frecuencia de los encuentros con sus amigos, especialmente con los de Pasto. Comenta que se ve con ellos una vez al mes o cada dos meses en algunas ocasiones.

Definición de las variables

Variable Independiente.

Terapia de Aceptación y Compromiso: ACT es un proceso de intervención psicoterapéutica conductual, de ocho sesiones aproximadamente, derivada de una perspectiva del comportamiento analítica relacionada con el lenguaje, los contenidos internos, una vida dirigida a la consecución de valores, comprometiéndose y en la aceptación del malestar emocional (Hayes, Barns-Holmes y Roche, 2001), mediante ejercicios de exposición a los eventos privados negativos, metáforas que buscaban explicar la aceptación de los mismos y motivando a comprometer al consultante en actividades dirigidas a conseguir los valores.

Variable dependiente

La clase de conducta de evitación experiencial, es definida por Hayes Et. al (1996) como cualquier intento o esfuerzo que realice una persona de evitar o alterar la evaluación negativa de eventos privados como son emociones, sensaciones, pensamientos, recuerdos etc. Esta se evaluó con el nivel de lucha de los eventos privados negativos y el nivel de compromiso con la acción.

La lucha de los contenidos internos ha sido definida por Eiffert y Forsyth (2005), “como el esfuerzo que pone una persona para desaparecer eventos privados negativos” (p. 129), lo cual implica controlar ese tipo de eventos, y por ende es contrario a la aceptación que es definida por Eiffert & Forsyth (2005); Bach & Moran (2008) como la

toma de una postura no evaluativa y de no control, frente a los eventos privados negativos.

El compromiso con la acción, es definido por Eiffert y Forsyth (2005) como el compromiso puesto por una persona en la ejecución de acciones o conductas dirigidas a la consecución de sus valores, los cuales son definidos desde el modelo ACT, según Bach y Moran (2008) como consecuencias globales deseadas por un individuo y que se establece a través de un responder relacional.

2) El nivel de malestar emocional:

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en el presente estudio fueron los siguientes:

1. Auto Registro Diario de Malestar Emocional: Este instrumento tiene el objetivo de determinar los niveles de ansiedad, el cual consta de una escala de 1 a 5 donde 1 es el nivel más bajo de ansiedad y 5 el nivel más elevado. Este registro se evalúa de forma general el nivel de ansiedad generado al consultante diariamente y durante todo el día.
2. Daily Act Rating: en el presente registro se pretende evaluar las siguientes medidas (a) sufrimiento o que tan incómoda se siente ella con su malestar emocional, (b) Efectividad; en que grado se tiene una vida manejable y significativa, (c) Lucha que hace referencia al nivel de esfuerzo puesto en luchar o controlar el malestar emocional y (d) Acción valorada, que es el nivel de compromiso de la persona hacía la emisión de conductas dirigidas a la consecución de aquello que valora. Las variables anteriores de miden en una

escala de 0 a 10, donde 0 es el nivel más bajo y 10 es el nivel más elevado. Este registro fue desarrollado por Eifert y Forsyth, quienes realizaron una adaptación del “Daily Willingness Diary” diseñado por Strosahl y Wilson en 1999.

3. Entrevista semi-estructurada para la historia clínica: Es una interacción terapeuta-consultante, donde este último retoma la historia personal, social, y de aprendizaje del consultante. La entrevista semi-estructurada para la historia clínica tiene como objetivo proporcionar los antecedentes y el contexto del consultante que le permitan al terapeuta tener un análisis causal de la problemática que aqueja al primero. Por lo tanto, en ella se abarcan aspectos del consultante como: infancia, descripción de la problemática que lo aqueja, nivel educativo, esfera sexual, esfera familiar, antecedentes médicos, características de personalidad etc. (Trull y Phares, 2003)

4. Cuestionario de Datos Personales (CDP): es un cuestionario que el consultante llena en las primeras sesiones de la fase de evaluación, en donde se le indaga sobre diferentes aspectos de su vida como son: área familiar, área académica, área social, hobbies, su auto-descripción, creencias religiosas, antecedentes médicos etc. Este cuestionario es una herramienta útil para realizar un análisis funcional de la problemática que aqueja al consultante y complementa la información recogida en la entrevista para la historia clínica.

Procedimiento

Fase 1:

La presente investigación inició con una fase de evaluación, en donde se buscó identificar la o las conductas problemas de la consultante, factores de predisposición, adquisición y mantenimiento de esas conductas, mediante la aplicación de CDP y entrevistas semi- estructuradas. Esta fase de evaluación duro 9 sesiones. Igualmente, en esta fase se inició la aplicación del auto- registro de los niveles de ansiedad. Lo anterior llevó a una formulación de caso.

Fase 2:

Una vez obtenida la formulación, se procedió a la segunda fase de intervención psicoterapéutica, que tuvo una duración de 8 sesiones. Esta buscaba llevar a la consultante a vivir su vida de acuerdo a sus valores, mediante el compromiso con acciones dirigidas a la consecución de esos valores. Se continuó con la aplicación del auto-registro de los niveles de ansiedad y se inicia la aplicación de Daily ACT Rating. El desarrollo del programa de intervención, se encuentra especificado sesión por sesión en el anexo A.

Fase 3:

Al finalizar la intervención psicoterapéutica, se realizó una fase de seguimiento, en donde se continuó aplicando el Auto registro de malestar emocional y el Daily Act Rating, por un periodo de 20 días.

Resultados

En el desarrollo de la evaluación, se empleó primero el CDP con la finalidad de obtener información suficiente de la consultante, que permitiera generar la formulación de caso, la cual es expuesta a continuación

Formulación Clínica del Caso

Motivo de Consulta

“Asisto a consulta porque tengo síntomas de TOC difícilmente controlables, dificultad para poner atención en clase, una necesidad de ayuda para safarme de una relación tomentosa y recaídas en cuanto a las depresiones”.

Conducta Problema

Patrón de evitación experiencial del malestar emocional generado por eventos privados negativos como pensamientos de tipo obsesivo: “me siento mal estando sucia”, “me voy a sentir mal si me llego a ensuciar”. Este patrón se caracteriza por presentar, casi todo el día, conducta de chequeo de que sus objetos personales o ella, entre en contacto con manchas que parezcan de excrementos, grasas o personas que considera que poseen poca higiene personal, y por presentar rituales de aseo de aseo de manos (4 a 5 rituales en promedio en un día), de todo el cuerpo y de objetos personales, cada vez que la consultante percibe que ella o sus objetos personales entran en contacto con grasa y manchas que parezcan de excrementos u otros fluidos corporales

Evaluación Sincrónica

Las situaciones que desencadenan los pensamientos obsesivos de contaminación de la consultante en la actualidad son: (a) observar objetos manchas que parezcan de

excrementos, mugre los baños o en sus objetos personales como ropa, cuadernos etc. (b) ver personas en la universidad, la casa o la calle que toquen sus propios fluidos corporales como mocos, tocarse el pene, sudoración de otros, ó (c) personas que ella percibe que posean pobres hábitos de limpieza e higiene.

LP reduce la ansiedad generada por las situaciones anteriormente expuestas, evitando el contacto con dichas personas y objetos, con rituales de lavado que pueden tomar de media a una hora o mediante conductas de chequeo mental de los eventos en donde posiblemente pudo haber estado en contacto con el objeto desagradable.

Tanto las obsesiones como los comportamientos compulsivos mencionados, se dan principalmente en su lugar de residencia, en Bogotá y en el ámbito académico. Se especifica Bogotá, ya que en su ciudad de origen Pasto ella reporta presentar menores niveles de ansiedad y menor frecuencia de los comportamientos de evitación.

La consultante manifiesta, que le cuesta concentrarse en sus tareas académicas cotidianas (trabajos hechos en clase y trabajos que le dejan para hacer en la casa) debido a la constante rumiación sobre la posibilidad de ser contaminada.

A raíz del trastorno obsesivo compulsivo, ella ha recibido mayor afecto y atención por parte de sus padres, lo cual era algo que ella anhelaba. La atención y el afecto de sus padres se manifiestan en llamadas diarias a LP, en el llanto de sus padres cuando la consultante presentaba una crisis fuerte, aumentándose la comunicación con sus padres desde la presentación de su primer episodio.

Con su actual pareja, la relación se basa en la búsqueda ocasional por parte de su pareja, la ve solamente cuando él quiere y ella termina cediendo. Las relaciones sexuales con su actual pareja son satisfactorias. Es importante resaltar que cuando su pareja la

busca, se disminuyen las obsesiones de contaminación y por ende también la necesidad de realizar los rituales anteriormente mencionados. La consultante podría ser considerada como una mujer sumisa y dependiente emocionalmente de las personas cercanas afectivamente.

Evaluación Diacrónica

LP fue criada dentro de un contexto familiar, donde había una pobre comunicación entre sus miembros y primaba la importancia por el orden y la limpieza personal y de la casa, además del éxito académico. Dentro del contexto familiar el padre era quien estaba más atento de la limpieza y el orden, la madre de los logros académicos de las hijas. En los casos en los cuales las niñas se ensuciaban o perdían un examen, los padres las castigaban por medio de regaños y sobrecorrección. El padre, es mostrado como un modelo a seguir en cuando a los comportamientos ritualistas de limpieza al limpiar hoja por hoja los libros cuando los percibía sucios.

Su familia vive en una casa a las afueras de pasto y sus padres tienen una tienda propia, por lo que llegan a la casa ya en horas de la noche; lo cual disminuye el tiempo de interacción.

Cuando tenía 14 años, la madre enfermó de varicela y contagio a LP y a sus hermanas, ésta decía constantemente que se había contagiado por culpa de la gente, por los malos hábitos de limpieza, como estar sucia. A esta misma edad, se presentó la menarquía, hecho que la hace sentir incomoda, sobre todo luego de la lectura bíblica del libro Levítico del antiguo testamento, en donde hablan de la impureza de la mujer al llegarle la menstruación y de que puede volver impuro al hombre que la toque; sumado al hecho de que para esos días al subir a una flota en Pasto un hombre le agarró una

nalga, desde ese entonces la consultante manifiesta presentar los eventos privados negativos y las conductas de la evitación experiencial. Ese día la consultante estaba con la menstruación, la función negativa que ha adquirido esta palabra, para LP, activó eventos privados negativos.

Posterior al hecho del bus, las ideas obsesivas de estar sucia eran desencadenadas por dos compañeros del colegio, sin ningún motivo aparente. Las obsesiones de “estar sucia” eran seguidas por rituales de limpieza de los objetos que entraron en contacto con estas personas y conductas de evitación como guardar sus objetos en el pupitre para que no fueran tocados por esos compañeros.

Posteriormente, los desencadenantes de las obsesiones y rituales de posible contaminación estaban asociados a personas con mala higiene, lugares sucios donde se mostraran manchas de grasa, excrementos o fluidos corporales.

En el área académica, la consultante se caracterizó por ser la primera de su clase, hasta noveno grado, que fue donde ella comenzó a presentar los eventos privados negativos descritos y las conductas compulsivas, lo cual generó un decremento en su rendimiento académico. Actualmente, se encuentra en sexto semestre de biología donde presenta dificultades de concentración debido a sus obsesiones ya que permanece chequeando que ella o sus objetos de estudio no entren en contacto con lo que considera “sucio”.

En cuanto al área social, la consultante refiere tener pocos amigos, 8 o 9 aproximadamente. Su grupo de amigos son personas de Pasto o compañeros de la Universidad, en la actualidad ha disminuido la frecuencia de los encuentros con sus amigos a sólo una vez al mes o cada dos meses.

En cuanto a sus relaciones de pareja, la consultante antes de su actual pareja tuvo dos novios, uno de ellos fue dejado por ella ya que lo consideraba una persona con malos hábitos de higiene. Su actual pareja, es un hombre con adecuados hábitos de limpieza.

Factores de Predisposición

1. Apego Inseguro de LP con sus padres
2. Comportamiento Inhibido
3. Historia Familiar de comportamientos de ansiedad.

Factores de Adquisición

1. Enmarcamiento relacional inadecuado (figura 1) en relación a la suciedad establecido por LP dentro de su contexto familiar, el cual fue generalizado en su contexto social y académico.

en coordinación con la obtención de afecto. Esto, fue generalizado a su contexto social y académico. El establecimiento del enmarcamiento relacional, pudo ser facilitado por el comportamiento inhibido de LP y su apego inseguro familiar. Este patrón de comportamiento, es mantenido tanto por refuerzo negativo (reducción del malestar emocional), como por refuerzo positivo (Recibir la atención de sus padres).

A continuación, se describirán los resultados de las fases de intervención y seguimiento.

Intervención y Seguimiento

Posterior a la formulación antes expuesta, se inició la etapa “B” de intervención y la de seguimiento, donde se aplicó permanentemente el Daily Act Rating, que evaluó los niveles de lucha contra los eventos privados negativos y los niveles de compromiso con acciones dirigidas a la consecución de valores; los cuales son los medios que se emplearon para evaluar los cambios sobre el comportamiento de la evitación experiencial. Conjuntamente, se evaluó desde la fase de formulación, a través de auto-registros, el malestar emocional con medidas subjetivas diarias de ansiedad. Los resultados de la intervención son los siguientes.

En la figura 2, se observa que las puntuaciones del nivel de lucha contra los eventos privados negativos, ascienden de 4.5 a 8 durante las semanas 9 a la 11, en esas semanas la madre de LP estuvo hospitalizada por una neumonía. Posteriormente, estas descienden hasta 4 en la semana 12, en donde continúan estables hasta la semana 18, en donde descienden a 2; nuevamente, semana correspondiente a la temporada en que el novio de LP estuvo de visita. Las puntuaciones vuelven a ascender a 4.5 en las semanas 19 y 20.

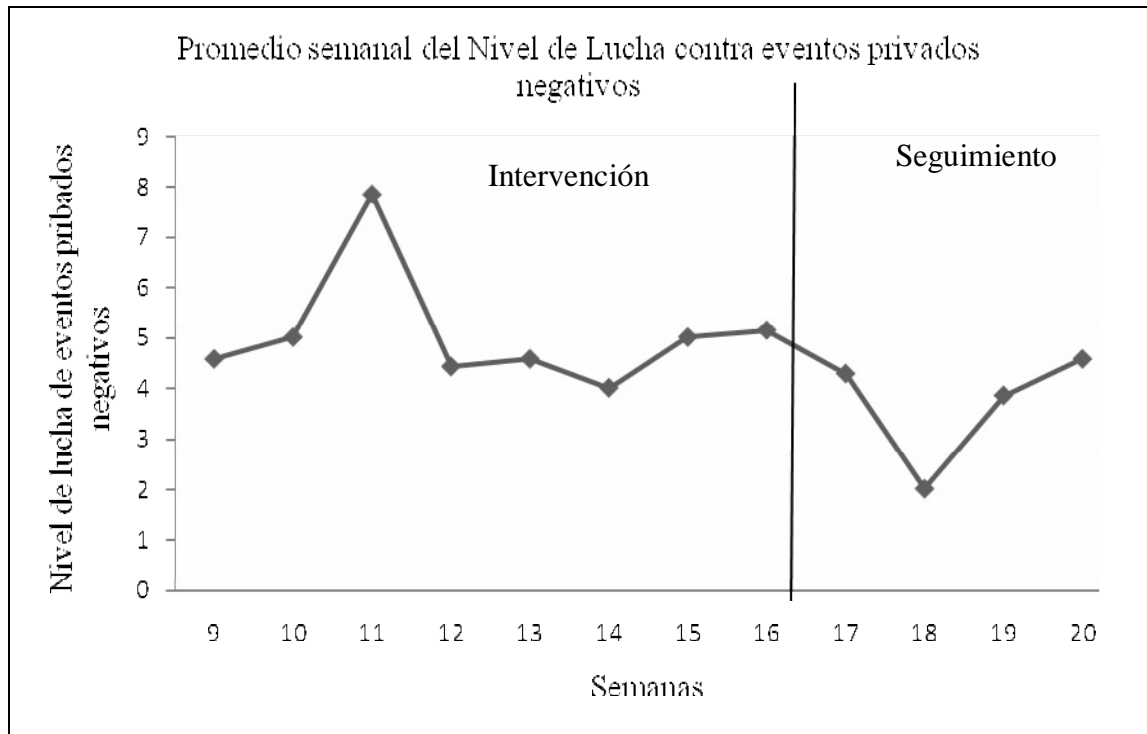


Figura 2: Promedios semanales del nivel de la lucha contra los sentimientos relacionados con la ansiedad.

La figura 3, muestra que las puntuaciones del nivel de compromiso con las acciones dirigidas a la consecución de valores, suben de la semana 13 a la 14 de 1 a 4, luego descienden hasta 2 en la semana 16, para luego ascender nuevamente hasta 7 en la semana 20.

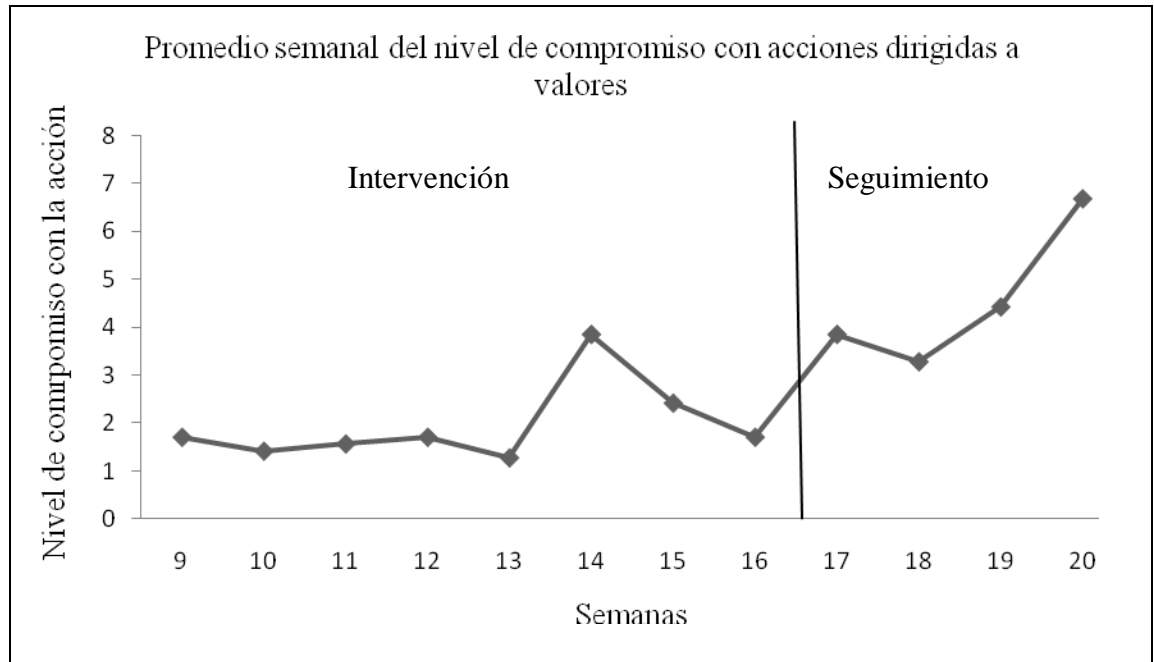


Figura 3: Promedios semanales del nivel de compromiso puesto por la consultante en acciones dirigidas a la consecución de sus valores

En la figura 4, se observa, en la fase de línea de base, una inclinación descendente, la cual corresponde a las semanas en que LP estuvo en su ciudad natal como ya se mencionó en el párrafo anterior. Tanto la fase de intervención como de seguimiento no muestra una tendencia de inclinación alguna, por lo que los niveles de ansiedad se mantuvieron estables en ambas fases. Las puntuaciones altas en las semanas 22 y 23, que corresponden a la fase de seguimiento se debieron a una enfermedad respiratoria aguda que padeció la madre de LP.

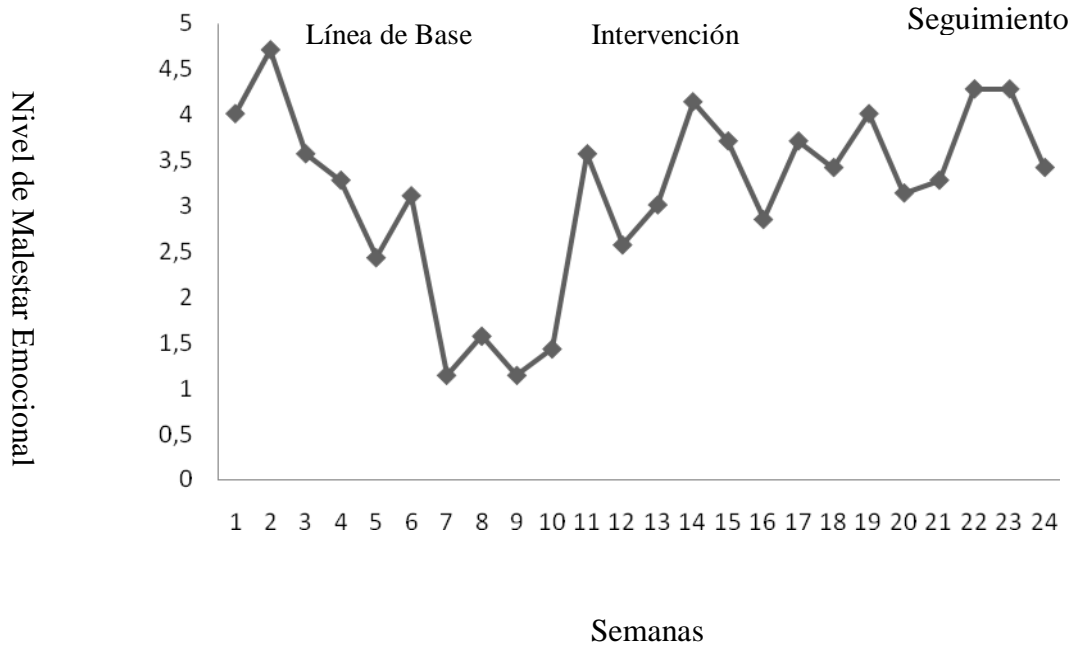


Figura 4. Promedios semanales de los Niveles de ansiedad de LPHP presentados durante el proceso psicoterapéutico.

Discusión

Las puntuaciones, mostradas por las gráficas y tabla del presente estudio, permiten observar que hubo cambios en ambas medidas obtenidas para la variable dependiente de conducta de evitación experiencial que son; el nivel de lucha contra los eventos privados negativos y el nivel compromiso con acciones dirigidas a la consecución de valores

Las puntuaciones para el nivel de lucha contra eventos privados se mantuvieron estables, salvo por dos picos, uno ascendente y otro descendente. El pico ascendente se observó en la semana 11, que correspondió a la semana en que la mamá de LP estuvo hospitalizada, como consecuencia de una neumonía, lo que generó bastante malestar emocional en la consultante. El pico descendente se registró en la semana 18, cuando LP recibió la visita de su pareja, lo que disminuía los eventos privados negativos en LP.

Las medidas en el nivel de compromiso con las acciones dirigidas a la consecución de valores, por el contrario, mostraron claramente una tendencia ascendente, desde la semana 13, la cual prosiguió hasta la semana 20. Esto que significa, que hubo un cambio, en el comportamiento de la consultante, respecto a ese nivel de compromiso.

De acuerdo, a las puntuaciones arrojadas, se puede observar que se cumplió con uno de los objetivos de ACT, que es dirigir a los consultantes a la consecución de valores. Según Bach y Moran (2008) para ACT, el compromiso con la acción es un aspecto central dentro de las terapias ACT, ya que ayuda a que un consultante establezca nuevas relaciones contingenciales que generen el aprendizaje de nuevas conductas que permitan una disminución de la rigidez conductual en el que se ve inmersa la persona, en donde para esta la única alternativa de solución a los eventos privados aversivos es la evitación o el control de los mismos.

Sin embargo, no sucedió lo mismo con el nivel de lucha contra eventos privados negativos. Al igual que en el nivel de compromiso con acciones dirigidas a la consecución de valores, se esperaba un cambio en el nivel de lucha contra eventos privados negativos, que es un decremento en esas puntuaciones. Según Eiffert & Forsyth (2005); Bach & Moran (2008), desde la postura ACT, el intento por controlar eventos privados negativos trae aún mayor malestar emocional a la persona, y afectaría otros ámbitos de la vida de esta, por lo que lo más conveniente es entrenar a los consultantes en hacer precisamente todo lo contrario, tomar una postura de aceptación, frente a ellos.

No obstante, se hace relevante aclarar, que no se puede determinar la causalidad de ACT en el incremento en el nivel de compromiso de LP con acciones dirigidas a conseguir sus valores y el nivel de lucha contra eventos privados negativos, al no tener una medida de línea de base, que permita determinar una tendencia en los datos con el fin de determinar si el cambio de conducta realmente se debió a la intervención. Según, Barlow y Versen (1984), el diseño tipo B con seguimiento posee las siguientes debilidades: presenta limitaciones como instrumento de evaluación inicial, no permite sacar relaciones causa-efecto de manera rigurosa., ausencia de control experimental y la falta de medidas precisas de las conductas objetivo bajo estudio, el terapeuta hace descripciones subjetivas de las intervenciones del tratamiento y los cambios conductuales resultantes, no se dispone de controles del valor placebo del tratamiento, los efectos temporales como los madurativos se confunden con la aplicación del tratamiento y existen amenazas a la validez interna.

Por otro lado, los resultados no mostraron reducción de los niveles de ansiedad presentados por la consultante, más sin embargo se mantuvieron estables, lo cual se

puede observar en la figura 3. La reducción de los niveles de ansiedad, no es uno de los objetivos principales de ACT. Según Bach y Moran (2007), el modelo en que se basa ACT ve estos mismos eventos privados como algo inevitable en el ser humano y que resulta contraproducente deshacerse o tratar de controlarlos. El objetivo de las terapias basadas en este modelo, es que el consultante entre en contacto con dichos eventos privados, tomando una actitud de aceptación y de no control, ni reducir su intensidad.

Al haber una línea de base, facilita determinar el efecto que tuvo ACT sobre los niveles de ansiedad, en donde las mediciones en esta variable se mantuvieron estables, siendo lo esperado, de acuerdo al planteamiento teórico de ACT.

A pesar de que la reducción de los niveles de ansiedad no está dentro de los objetivos terapéuticos en estas terapias, lo que concuerda con los resultados encontrados sobre esta variable, en el presente estudio; hay investigaciones que contradice lo anteriormente expuesto. Twohig, Hayes & Masuda, (2006); Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Gellers, (2007); Dalrymple & Herbert (2007), encontraron que hubo una reducción en los niveles de ansiedad de los participantes de su estudio. Por ende, los resultados en esta variable coinciden con los planteamientos teóricos subyacentes a las terapias ACT, pero no coinciden con los resultados obtenidos en investigaciones pasadas sobre la efectividad de estas terapias en pacientes con trastornos de ansiedad.

Como se pudo observar, hubo cambios esperados y uno de los objetivos terapéuticos de ACT que no se pudo llevar a cabo, mientras que otros sí. Lo anterior, llevó a la búsqueda de posibles explicaciones de por qué no se lograron todos los cambios esperados con base a los principios teóricos de las terapias de tercera generación y a las investigaciones anteriores. Una explicación que se encontró, y de la

cual habría que indagar más a fondo en futuras investigaciones ya que no se ha encontrado resultados contradictorios, es que no se lograron dichos cambios esperados por las características del terapeuta. Ella sólo contaba con conocimientos teóricos sobre los planteamientos en los que ACT se basa, los cuales fueron obtenidos durante su proceso de formación de postgrado. Adicionalmente, era la primera vez que esta aplicaba ACT y sólo recibió orientación de un profesional en psicología con post doctorado en terapia conductual. Según, Strosahl, Hayes, Bergan y Romano (1998) afirmaron, con base en una investigación que llevaron a cabo, que los terapeutas que recibieron entrenamiento en ACT, obtuvieron resultados significativamente mayores que los terapeutas que no recibieron entrenamiento. El entrenamiento consistía en realizar ejercicios didácticos y prácticas clínicas con acompañamiento; lo anterior, lleva a realizar las siguientes preguntas que siguen sin respuesta y por ende, podrían llevar a futuras investigaciones ¿Los resultados habrían sido diferentes con un entrenamiento previo, en donde no sólo hubiera una orientación de un profesional sino, un acompañamiento total durante el proceso psicoterapéutico? ¿Qué tanto entrenamiento debe recibir un terapeuta para obtener los resultados esperados? ¿Qué diferencias habrían en el nivel de entrenamiento.

Referencias

Akihiko, M., Hayes, S., Fletcher, L., Seignourel, P., Buntinga, K., Herbst, S., Twohig, M. & Lillis, J. (2007) Impact of Acceptance and Commitment Therapy Versus Education on Stigma Toward People with Psychological Disorders. *Behaviour Research and Therapy* 45 (2007) 2764–2772.

Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2000) *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders* (4th ed.) Washington DC.

Azor, S.F. Personalidad Evitativa. Obtenido en Septiembre 19 del 2009 de <http://www.saludmental.info/Secciones/clinica/personalidadevitativa.htm>.

Bach, P. & Moran, D. (2008) *Act in Practice: Case Conceptualization in Acceptance and Commitment Therapy*. US: New Harbinger Publications.

Ballash, N., Leyfer, O., Buckley, W. & Woodruff – Borden, J. (2006). Parental control in Etiology of Anxiety. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 9, 2: 118-131.

Barlow, D. H. & Hersen, M. (1984). Diseños experimentales de caso único: Estrategias para el estudio del cambio conductual. Barcelona: Martinez Roca.

Beidel, D., & Turner, S (1997). At Risk for Anxiety: I. Psychopathology in the Offspring of Anxious Parents. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 36, 918-924.

Biederman, J., Rosenbaum, J., Hirshfeld, D., Faraone, S., & Boldu, E., Gersten, M., Meminger, S., Kagan, J., Snidman, N. y Reznick, J. (1999). Psychiatric Correlates of Behavioural Inhibition in Young Children of Parents with and without psychiatric Disorders. *Archives of General Psychiatric*. 47, 21-26.

Biglan, A. (2004) Contextualism and the Development of Effective Prevention Practices. *Prevention Science*. 5 (1), 15-21.

Biglan, A. & Hayes, S. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied & Preventive Psychology* 5:47-57.

Carrasco, F., Valdivia, S. (2009). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the Treatment of Panic Disorder: Some Considerations from the Research on Basic Processes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 9 (3), 299-315.

Cloninger, C., Svaric, D., Bayon, C. & Przybeck, . (1999) Measurement of Psychopathology as variants of Personality. *American Psychiatric in Press*. 33-65.

Dalrymple, K. & Herbert, H. (2007) Acceptance and Commitment Therapy for Generalized Social Anxiety Disorder. *Behaviour Modification*, 31, 543-568

Derisley, J., Libby, S., Clark, S. & Reynolds, S., (2005). Mental Health Coping and Family- Functioning in Parents of young People with Obsessive Compulsive Disorder and With Anxiety Disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 439-444.

Dobson, K. Y Khatri, N. (2000). Cognitive Therapy: Loking Backward, Loking Foward. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (6), 907-923.

Elkin I., Shea, J., Watkins, P., Imber, S., Sotsky, S, Collins, J. Glass, D., Pilkonis, P., Leber, W., Docherty, J., Fiester, S., & Parloff, M (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression Collaborative Research Program: General Effectiveness of Treatments. *Archives of General Psychiatry*.46, 971- 982.

Eifert, G. & Forsyth (2005) *Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland: Newhabinger Publications.

Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación Conductual Hoy, Un Enfoque para el Cambio en Psicología Clínica y de la Salud*

Forman, E., Herbert, J., Moitra, E., Yeomans, P., y Gellers, P. (2007). A randomized Controlled Effectiveness Trial of Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety and Depression. *Behavior Modification*, 31, 373-379.

Ginsburg, G., Grover, R., Cord, J. & Ialongo, N. (2006). Observational Measures of Parenting in Anxious and No anxious Mothers: Does Type of Task Matter? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35 (2): 323-328.

Gothelf, D., Aharonosvky, O., Horesh, N., Carty, T. & Apter, A. (2004). Life Events and Personality Factors in Children and Adolescents with Obsessive Compulsive Disorder and Other Anxiety Disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 45 (3), 192-198.

Hayes, S., Barnes- Holmes, D. Y Roche, B. (Eds) (2001). *Relational Frame Theory: A post Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. New York: Plenum Press

Hayes, S., Bisset, R., Korn, Z., Zettle, R., Rosenfarb, I., Cooper I. & Grunt, A. (1999) The Impact of Acceptance versus Control Rationales on Pain Tolerance. *The psychological Record* , 49, 33-47.

Hayes, S., Fox, E., Wilson, K., Gifford, E., Barnes- Holmes, D., Healy, O. (2001). Derived Relational Responding as Learned Behavior. En S.C. Hayes, D., Barnes- Holmes y B. Roche (eds). *Relational Frame Theory. A post Skinnerian account of human language and cognition* (p.p 21-50) New York: Kluwer Academic.

Hayes, S., Hayes, L & Reese, H. (1988) Finding the Philosophical Core: A Review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses: A Study in Evidence. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*. 50, 97-111.

Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25.

Hayes, S. & Wilson, K. (1993). Some Applied Implications of a Contemporary Behavior – Analytic Accounts of verbal events. *The behavior Analyst*. 16, 283-301.

Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follet, V., & Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry*, 64, 1152-1168.

Hirshfeld, J., Rosenbaum, J. Biederman, M., Bolduc, Faraone, S., Snidman, N., Reznick, S. & Kagan, J (1992). Stable Behavioral Inhibition and its Association with Anxiety Disorders. *Journal of American Academy of child and Adolescents Psychiatry*. 31, 103-111.

Hollander, Kwon, Stein, Broatch & Himelein (1996). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *Clinical Psychiatry*.57 (8), 3-6.

European Child and Adolescent Psychiatry. 13, 365-372.

Kagan, J., Reznick, J., & Snidman, N. (1988). Biological Bases of Childhood Shyness. *Science*, 240, 167- 171.

Karekla, M., Forsyth, J & Kelly, M. (2004). Emotional Avoidance and panicgenic responding to a biological challenge procedure. *Behavior Therapy*, 35, 725- 746.

Invarsson, T. & Winge-Westholm (2004). Temperamental Factors in Children and Adolescents with Obsessive Compulsive Disorder (OCD) and in Normal Controls.

Lopatka, C. & Rachman, S. (1995). Perceived Responsibility and Compulsive Checking: an experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 33, 673-684.

Luciano, C., Gutiérrez, O., & Rodríguez, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 333-358.

Manciani, F., D'olimpio, F. & Cieri (2004). Manipulation of Responsibility in Non-Clinical Subjects; Does Expectations of Failure exacerbate Obsessive Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 42, 449- 457.

Mannasis, K., Bradley, S., Goldberg, S., Hood, J. & Swinson, R. (1994). Attachment in Mothers with Anxiety with Anxiety Disorders and their Children. *Journal of American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*. 33, 1106-1113.

Mannasis, K., Bradley, S., Goldberg, S., Hood, J. & Swinson, R. (1995). Behavioral inhibition, attachment and anxiety in children of mothers with anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*. 40 (2); 87 – 92.

Masellis, M., Neil, R. & Ritcher, M. (2003) Quality of Life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsion, and Depression Comorbidity. *Canadian Journal Psychiatry*. 48, 72-77.

Papalia, D., Olds S. & Feldman (2001). *Psicología del Desarrollo*. Mc Graw Hill: Bogotá.

Pavlov, I. (1927). *Conditioned Reflexes*. New York: Liverright.

Pietrefesa, A. & Coles, M. (2008). Moving Beyond an Exclusive Focus Harm Avoidance in Obsessive Compulsive Disorder: Considering the Role of Incompleteness. *Behaviour Research and Therapy*. 39, 224-231.

Powers, M., Zum Vörde Sive Vörding, M., Emmelkamp, P.(2009). Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 78, 73-80.

Rachman, S. (1993) Obsession, Responsibility and Guilt. *Behaviour Research and Therapy*. 81, 149-154.

Salkovskis, P. & Kirk, J. (1989). Obsessional Disorders. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 129-168). Oxford: Oxford University Press.

Salkovskis, P., Rachman, S., Ladouceur, R., Freeston, M., Taylor, S., Kyrios, M. & Sica (1996). Defining Responsibility in obsessional problems. In proceeding on the Smith's College Women Room after the Toronto Cafeteria.

Salkovskis, P., Shafran, R., Rachman, S., & Freestone, M. (1999). Multiple Pathways to inflated responsibility beliefs in Obsessional Problems: Possible Origins and Implications for Therapy and Research. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1055 – 1072.

Steketee, G. (1999). *Overcoming obsessive compulsive disorder: A behavioral and cognitive protocol for the treatment of OCD*. Oakland: New Harbinger Publications.

Watson, J. y Rayner, R. (1920) Conditioned Emotional Reactions. *Journal of Experimental Psychology*. 3(1), 1-14.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for Obsessive Compulsive Disorder. *Behavior Therapy*, 37, 3-13.

Van Brakel, A., Muris, P., Bogels, S. & Tomasen (2006). A Multifactorial Model for the Etiology of Anxiety in Non Clinical Adolescents: Main and Interactive Effects of Behavioural Inhibition , Attachment and Parental Rearing. *J. Child Fam Stud.* 15, 569-579.

Whaley, S., Pinto, A., & Sigman, M (1999) Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 67: 826- 836.

Warren, S., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L.(1997). Child and Adolescent Anxiety Disorders and Early Attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 67, 826- 836.

Week, G., & L'Abate, L. (1982). *Paradoxical Psychotherapy: Theory and Practice with Individuals, Couples and Families.* Psychology Press

Wilson, K. & Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un tratamiento Conductual Orientado a los Valores.* Madrid: Pirámide.

Wood, J., McLeod, B., Sigman, M., Hwang, W. & Chu, B. (2003). Parenting and Childhood Anxiety: Theory Empirical Findings, and Future Directions. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 44, 134-151.

Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., & Cambron, S.(2002). The behaviour of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 31: 364–374.

Anexos

Anexo A

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN APLICADO A LP.

Sesión 1.

Tema: Formulación Clínica

Duración de la Sesión: 45 minutos

Objetivos	Actividades Terapéuticas para cumplir con el objetivo
Intentar explicar la Formulación Clínica	1) Se le informará y explicará a la consultante la formulación clínica obtenida del proceso de evaluación. 2) Retroalimentación de la formulación clínica: Se le preguntó a la consultante si estaba de acuerdo con la explicación recibida. Igualmente, se le da espacio para que ella exprese su opinión respecto a esta. Finalmente, también se le pide que repita lo que comprendió de la explicación dada. <p data-bbox="989 1415 1455 1449">Duración de la actividad:15 minutos</p>

Sesión 2.

Tema: Estableciendo el Contexto para la terapia.

Duración de la sesión: 42 Minutos

Objetivo	Actividades Terapéuticas para cumplir el objetivo
----------	---

Que el cliente conozca tanto el rol del terapeuta como el suyo como consultorio

1. Relato de la metáfora de los dos escaladores: Metáfora que trata sobre dos escaladores que se encuentran en diferentes montaña, cada escalador tiene una perspectiva diferente de la otra montaña y cada perspectiva tiene una posición privilegiada frente a la otra. Por ejemplo, un escalador puede ver con mayor claridad la vía por la que tiene que coger el otro escalador y viceversa. Por lo tanto, ambos serán un buen equipo para llegar a la cima.

Duración actividad: 5 minutos

2. Retroalimentación sobre la metáfora de los dos escaladores: el terapeuta lleva a la consultante a relacionar metáfora con el rol que cumple ella como consultante y el del propio terapeuta a través de las siguientes preguntas 1) ¿Qué entendiste de la metáfora? 2) ¿Qué relación tiene la metáfora con el papel que jugarás dentro de la terapia y el papel que jugará el terapeuta dentro de la misma?

Duración de la actividad : 6 minutos

Tratar de explicarle al cliente cual será la función del proceso psicoterapéutico.

1. Relato de la metáfora del jardín: Esta metáfora habla sobre el cuidado que da un jardinero a las plantas de su jardín.

Duración de la actividad: 5 minutos

2. Retroalimentación de la metáfora del jardín: El terapeuta intenta llevar al consultante a relacionar la metáfora del jardín con sus problemas actuales a través de las siguientes preguntas:

¿Quién crees que sería el jardinero?

¿Qué crees que sería las plantas en tu vida?

¿Qué crees que sería las plantas que se marchitan?

¿Qué aprendizaje te dejó esta metáfora?

Se le dice a la consultante que el trabajo que se hará en la terapia será como plantar una semilla que tendremos que hacer crecer con el trabajo que las dos hagamos. Que esa nueva planta la alimentaremos hasta que tenga la habilidad de cuidar las otras plantas que son las cosas importantes de tu vida, en este caso me mencionaste que era tu carrera profesional. Es importante que sepa una cosa, en el jardín pueden crecer otras plantas distintas y no tan lindas como las esperadas por el jardinero, y que eso es algo que el él no puede controlar, la cuestión es si a pesar de ello valora el cuidado de esas plantas y no descuida las demás.

Duración de la Actividad: 8 minutos

Que el cliente tenga conocimiento de que la terapia puede ser un proceso doloroso pero que ese dolor lo va a llevar en la dirección correcta

1. Relato de la Metáfora del vaso sucio: la metáfora consiste decirle a la consultante que suponga que
-

tener un vaso limpio y transparente es importante para ella. Pero el vaso está muy sucio, lleno de partículas que no le gustan. Para poder conseguir que el cristal del vaso quede transparente hay que echar agua, y durante ese proceso estará aún más sucio que al principio. La cuestión es que es que ese proceso turbio, en donde el vaso parece más sucio que antes es de mucho valor, ya que es parte del proceso para poder limpiar el vaso.

Duración de la actividad: 4 minutos

2. Relatar el ejemplo del diente enfermo: esta actividad consiste en comparar el tratamiento psicoterapéutico con la visita al dentista; para sanar un diente enfermo el odontólogo tiene rascarlo o pincharlo, lo cual bastante doloroso.

Duración de la actividad : 4 minutos

3. Explicación de la función que cumplió las dos actividades anteriores: Se le dice a la consultante que con la metáfora del vaso sucio y de la visita al odontólogo se buscó comparar las situaciones mencionas en las dos
-

actividades con el proceso psicoterapéutico que se llevará a cabo. Así como el proceso para limpiar el vaso sucio o de curar el diente enfermo es molesto, el proceso psicoterapéutico también lo va ser. Eso quiere decir que en consulta se revolverán todos esos pensamientos obsesivos que te generan ansiedad, lo cual va hacer difícil pero necesario para que tengas una mejor vida.

Duración de la actividad: 10 minutos

Sesión 3.

Tema: La Desesperanza Creativa.

Duración de la sesión: 45 minutos

Objetivos	Actividades Terapéuticas para cumplir el objetivo
Intentar explicar al cliente que la cultura favorece la evitación. Se propone el planteamiento ACT	1) Psicoeducación: planteamiento cultural a favor de la evitación, el planteamiento ACT: Se le explica a la consultante que la cultura popular sostiene la idea de las emociones y las cogniciones positivas dan lugar a buenas conductas. El planteamiento cultural que subyace a todo esto es “tienes que sentirte bien para poder

vivir bien” (Wilson & Luciano, 2002). Las escuelas, los medios de comunicación, incluso nuestros propios padres o nuestros propios amigos nos dicen “no pienses cosas negativas” Igualmente, desde muy pequeños nos enseñan a que debemos controlar los pensamientos y emociones negativas (Wilson & Luciano, 2002) . cuando estabas pequeña y te daba miedo tus papás probablemente te decían, tranquila que no hay nada que temer o cuando un jugadora de volleyball por ejemplo duda de su capacidad para ganar el partido el entrenador le recuerda que deben tener confianza en sí mismo, o los profesores en el colegio, cuando pasan a un alumno al tablero y este está nervioso, la respuesta del profesor ante eso es, tranquilo no pienses que no puedes, piensa que si puedes. Incluso hasta los mismos terapeutas buscaban o buscan todavía modificar dichas emociones y pensamientos.

Por otra parte, se le explica el planteamiento de ACT. Se le dice a la consultante que el enfoque en que se basará la intervención es totalmente distinto. Se plantea que los intentos por evitar pensamientos y

emociones negativas pueden funcionar reduciendo esos estados emocionales negativos por un tiempo, pero más adelante los resultados pueden ser peores. Acá asumiremos el sufrimiento como algo normal en la persona. Todos los seres humanos sufrimos, por lo que es un proceso normal en nosotros. Estas emociones, pensamientos negativos estarán siempre ahí. Por el contrario, los intentos por reducir, eliminar o disminuir la probabilidad una de experimental pensamientos, emociones y estados corporales dolorosas pueden llevarnos a resultados peores, desviarnos de lo que realmente buscamos o de lo que realmente es el problema mayor.

2. Metáfora del bebé Tigre:

Terapeuta: Un bebé tigre puede ser algo miedoso cuando gruñe. Entonces lo alimentas para que deje de gruñir. ¿Qué pasa cuando alimentas al bebé tigre demasiado?

Duración de la sesión: 10 minutos

3. Retroalimentación de la psicoeducación: Se le pedirá a la consultante que diga con sus propias palabras la información que se le acaba de dar y se le brindará la respectiva retroalimentación.

Duración de la actividad: 5 minutos

Mostrar al cliente la baja efectividad del plan que hasta ahora ha llevado para manejar sus emociones y pensamientos negativos.

1. Ejercicio Experiencial: Se le pide a la consultante que haga un recuento de todas las veces que haya intentando controlar sus pensamientos obsesivos. Una vez el cliente mencione las veces que ha intentado controlar sus pensamientos obsesivos se le hará las siguientes preguntas:

¿Te ha funcionado, no solo por unos minutos, o un día o una semana? .

¿Te sientes como si estuvieras avanzando o hundiéndote al centrarte en estos?¿No tienes la sensación cuánto lo intente a largo plazo no lo conseguirá?

¿En el fondo muy escondido, no sientes como durará. o como un sentimiento de desesperanza?

¿Cuántas veces has tratado de desaparecer esa sensación?

Posteriormente se le plantea lo siguiente a LP; qué pasaría si yo te dijera que ese sentimiento de desesperanza que tú tienes es correcto porque es donde tiene que estar.

Con eso no quiero decir que no tengas remedio ni que este mal, con eso me refiero a que es la estrategia que estas usando la que está mal.

Duración de la actividad:10 minutos

2. Ejercicio de Imaginación: El hombre en el hoyo: Se pone al consultante a

imaginar la siguiente situación: que esta en un campo abierto inmenso y que su tarea es recorrer ese campo con los ojos tapados, ignorando que hay hoyos muy profundos, por lo que cae en uno de ellos. Empieza a palpar las paredes del hoyo y se da cuenta de que no puede salir de este. Del desespero empieza a utilizar una bolsa de herramientas que le habían dado. Comienza a utilizarla y a cavar. Pronto se da cuenta que no puede salir del hoyo. Todo ese esfuerzo que ha hecho lo único que ha hecho es que el hoyo se haga más grande, por lo que se hace más difícil salir de él.

Posteriormente se le realizan las siguientes preguntas:

¿Cavar no es lo que estas haciendo con tus rituales de limpieza, o con las conductas de chequeo mental?

¿Cavar es la solución para salir del hoyo?

¿Cuál crees que debería ser la solución?

Duración de la actividad: 12 minutos.

Tareas:

Llenar el formato ¿A qué he renunciado esta semana por la ansiedad?

Pensar en una estrategia para sentirse bien consigo misma y para ser aceptada por

los demás.

Sesión 4.

Tema: Continuando con la desesperanza creativa y abriendo espacio a nuevas soluciones

Duración de la sesión: 48 minutos

Objetivos	Actividades Terapéuticas para cumplir el objetivo
<p>Continuar mostrando al cliente la baja efectividad del plan que hasta ahora ha llevado para manejar sus emociones y pensamientos negativos y el tema de la desesperanza creativa.</p>	<p>1. Revisión de tarea: Se hará una revisión de la tarea colocada esta semana, en donde la cliente explique a que ha renunciado hoy por sus obsesiones y compulsiones</p> <p>Duración de la actividad: 5 minutos</p> <p>2. Ejercicio de la Guerra con el monstruo de la ansiedad: Se le da al cliente una toalla. El terapeuta queda con otra toalla. Se le pide que imagine que el terapeuta es un monstruo, que equivaldría a sus obsesiones y compulsiones. Se le pide igualmente que comience a pegarle a dicho monstruo. El terapeuta le devuelve el golpe formándose una guerra entre ambas.</p> <p>Posteriormente el terapeuta realiza las siguientes preguntas</p> <p>¿Tú situación no se parece a esta guerra que acabamos de llevar a cabo? Tú odias ese</p>

monstruo y no quisieras que él te ganara y por eso le das la pelea, pero cada vez que u das la pelea ese monstruo golpea más duro.

¿Puedes ver como utilizas ambas manos y ambos pies? Te das cuenta estos están estáticos en una misma posición, qué otra cosa podrías hacer con ellos?

¿En pocas palabras, todas tus herramientas y energías estaban puestas en esa guerra no es verdad?

¿No te sentiste como si estuvieras atrapada en un mismo plan?

Toda esa energía gastada luchando contra el monstruo, te ha impedido hacer otras cosas que son igualmente importantes y te ha alejado una solución de la que si puedes tener control para buscar esa aceptación social.

El terapeuta invita a la consultante a tomar esa nueva dirección en su vida

Duración de la actividad: 18 minutos

Mostrarle a la consultante una dirección diferente a las obsesiones y para el problema de la búsqueda de aceptación social.

1. Ejercicio experiencial

El terapeuta le menciona “hay algo que si puedes hacer para buscar la valoración social”. Te deje la tarea que meditaras al respecto, ahora quiero escribas esas alternativas para buscar esa aceptación de los demás. Igualmente vas a escribir las actividades que vas a realizar para cumplir

con esas otras alternativas que planteaste. Para eso te voy a dar 20 minutos.

Duración de la actividad: 20 minutos

2. Retroalimentación de la actividad anterior: Se le pide a la consultante que mencione todas las actividades y como las ejecutara para llevar a cabo todas las alternativas propuestas.

Duración de la actividad : 5 minutos

Tareas:

Escribir que hizo esta semana para llevar a cabo las alternativas planteadas.

Llenar el Daily ACT Ratings

Sesión 5

Tema: Distanciamiento del lenguaje y abriendo espacio para la aceptación

Duración de la sesión: 45 minutos

Objetivos	Actividades Terapéuticas para cumplir el objetivo
Intentar explicar el significado de la aceptación	1. Psicoeducación: La aceptación ocurre cuando una persona presenta pensamientos, emociones, recuerdos y sentimientos perturbadores sin que intente controlarlos, darles un nombre o cambiarlos de algún modo. La aceptación es como una gran playa de arena, en la que las olas de mar acaban rompiendo paulatinamente y

mesuradamente una tras otra. Independientemente de la altura o fuerza que tengan, ellas siempre acaban deshaciéndose. Para ello tienes que estar dispuesta a tener una gran playa que acoja todas las olas sin tratar de controlarlas. Hay que hacer espacio para ver esas olas. Intentar eliminarlas, sujetándolas o romperlas es como estar en el corazón de la ola, lo cual es peligroso puesto que ellas te envuelven o te atrapan no permitiéndote ver más allá de lo que hay en ellas. Sin embargo, haciendo el hueco preciso; es decir, no intentar nada por controlarlas, todas las olas en la playa terminan por deshacerse, mientras que tú te puedes ocupar del cuidado de las plantas de tu jardín o mejor dicho de las cosas que son importantes para ti.

Vamos hacer el siguiente ejercicio para que tengas una mayor comprensión de lo que es aceptación; sitúa las palmas de tus manos frente a las mías. En ese momento el terapeuta se aproxima su mano frente a la de la consultante, y se echa para atrás. Eso que acabas de hacer es luchar en contra, es no aceptar. Ahora, hagamos lo contrario. No hagas fuerza, eso es aceptación.

La aceptación también es parecida al

refrán “si uno no quiere, dos no pelean. Si tú eliges no pelear con tus obsesiones, no hay lucha en la que te verás envuelta.

Duración de la actividad: 15 minutos

2. Retroalimentación de la actividad anterior: Se le pregunta a la consultante que entendió de todo lo que se le dijo y si es necesario se le brinda una retroalimentación de la información.

Duración de la actividad: 5 minutos

Intentar explicar la influencia del lenguaje sobre el comportamiento humano.

1. Psicoeducación: Se le brinda la siguiente información a la consultante: algo que dificulta enormemente la aceptación, es la influencia enorme que tiene el lenguaje en nuestro comportamiento. Dentro de nuestro lenguaje, que es lo que nos identifica como seres humanos, se dan infinitas relaciones entre palabras que llegan a producir un mismo efecto en la persona o una misma emoción, pensamiento o sentimiento que pueden tener una connotación positiva o negativa. Igualmente, esas palabras quedan fusionadas a dichos pensamientos, emociones o sentimientos, lo cual tiene una gran influencia sobre nuestro comportamiento. Vamos hacer el siguiente ejercicio para que tengas una
-

mejor comprensión de lo que estamos hablando: tenemos la palabra “maleta” dime palabras que te viene a la cabeza cuando pronuncio la palabra “maleta” escríbelas por favor. Ahora, que emociones te genera esa palabra” escríbelas por favor”. Todas esas palabras y emociones guardan relación con la palabra maleta, hace que te comportes de determinada manera frente a esa palabra.

Duración de la actividad: 20 minutos.

2. Retroalimentación de la actividad anterior: Se le pide a la consultante que comente que entendió, y se le da la respectiva retroalimentación.

Duración de la actividad:

Tareas:

Llenar el Daily ACT Rating

Escribir que hizo esta semana para llevar a cabo las alternativas planteadas.

Sesión 6.

Tema: Distanciamiento del Lenguaje

Duración de la Sesión: 47 minutos

Objetivos	Actividades Terapéuticas para cumplir el objetivo
<p>Intentar fomentar el Yo contexto y alterar las convenciones lingüísticas</p>	<p>1. Revisión de Tareas</p> <p>El cliente muestra al terapeuta las tareas realizadas. En el caso de la tarea de las actividades semanales realizadas para llevar a cabo las alternativas planteadas, el terapeuta brinda algún reforzador social con la consultante.</p> <p>Duración de la Actividad: 5 Minutos</p> <p>2. Retroalimentación de la tarea de la metáfora del Tablero:</p> <p>Se le pregunta a la consultante</p> <p>¿En esta metáfora, quien eres tu?</p> <p>¿Pero tu peleas contra unas fichas que también están en ti misma.</p> <p>¿Suponga que tu no eres ninguna ficha en particular ni tampoco es el jugador ¿ entonces quien serías?</p> <p>¿Pueden existir las fichas sin el tablero? Entonces ¿Quien serías tú?</p> <p>Duración de la actividad: 10 minutos</p> <p>3. Ejercicio del observador: Se le pide a la consultante que se coloque cómoda y se le dice vamos a examinar un cierto de número de áreas diferentes de tu vida. Mírate a tí en el salón de clase. Mientras estas estudiando interactúas con otras personas, con tus</p>

compañeros. Ahora imagínate en tu casa, con tus padres y hermanas. Observa tu papel como hermana y como hija. Nota que puede haber cierta superposición, pero que también hay papeles distintos. Ahora piense en tú pasado por un momento. Cuando eras una niña y desempeñabas tu papel de hija; cuando ibas al colegio desempeñabas el papel de estudiante. Ahora mismo, estas interpretando el papel de consultante. Observa ahora mismo, que ha desempeñado diferentes papeles que cambian en el transcurso del día y que también han cambiado en el transcurso de la vida. Sin embargo, en todas las ocasiones estaba ese yo, tú misma, LP, que permanecerá siempre idéntico. Examinaremos ahora tu cuerpo. Considera tú cuerpo tal y como es ahora mismo. Intenta visualizar una imagen de tú cuerpo como adolescente. Deslízate en la piel de ese cuerpo adolescente. Ahora visualízate como niña. Nuevamente deslízate en la piel de esa niña. Mira esa pequeña manos, ahora imagínate que esas manos delante de tus ojos. Ahora quisiera que te representaras a tí misma cuando e Nota como se siente ese viste enferma.

Ahora imagínate en una situación en donde estuvieras haciendo mucha actividad física, siente la sensación de la sangre corriendo por tus venas, la sensación del aire saliendo y entrando en tus pulmones. Ahora quiero que notes como tú cuerpo cambia de pequeño a grande. Nota que a pesar todos esos cambios siempre has sido tú, LP. También eras tu misma cuando estabas enferma y cuando estabas sana.

Posteriormente, se realiza el mismo ejercicio que se hizo con el cuerpo con las emociones y pensamientos.

Duración de la actividad: 15 minutos

4. Ejercicio de la observación del flujo de la experiencia privada: Se le solicita a la consultante nuevamente que se ponga en una posición cómoda. Una vez ella está relajada, se lleva a que entre en contacto con sus propias emociones, pensamientos, su estado de ánimo etc., dándole las siguientes instrucciones: 1) que imagine que está sentada en su silla en una sesión de proceso psicoterapéutico y que note la posición de sus brazos, de sus piernas, pies y manos, 2) que note igualmente la presión que su cola ejerce sobre la silla 3) que sienta su respiración, como
-

el aire entra por su nariz y como los músculos de su vientre se contraen, sin que intente alterar todas esas sensaciones. Posteriormente, se le dice que no haga nada sino observar todo lo que venga, eso incluye sensaciones, pensamientos y el estado de ánimo. Por último, se le da la instrucción de que se permita por unos minutos vivenciar todo ese revuelto de emociones y pensamientos que vienen con el ejercicio.

Duración de la actividad: 12 minutos

5. Retroalimentación del ejercicio anterior

Se realiza las siguientes preguntas

¿Cómo ha sido esta práctica de observar tus pensamiento, emociones, sentimientos, sensaciones etc.?

¿Quién está detrás de esas sensaciones y pensamientos?

¿Ese yo que está aquí es el mismo que estaba antes del ejercicio?

¿Dirías entonces que los pensamientos que te venían parecían iguales o distintos a otras veces que también los has tenido?

Duración de la actividad: 5 minutos

Tareas:

Llenar el Daily ACT Ratings

Escribir que hizo esta semana para lleva

a cabo las alternativas planteadas.

Practicar ejercicio de Ejercicio de la observación del flujo de la experiencia privada

Sesión 7

Tema: Exposición Desde la Postura Act, centrada en la aceptación

Duración de la Sesión: 45 minutos

Objetivos

Actividades Terapéuticas para cumplir el objetivo

Intentar enseñar al consultante comportamientos más flexibles frente a los contenidos internos.

1. Revisión de tareas

El cliente muestra le muestra al terapeuta las tareas realizadas. En el caso de la tarea de las actividades semanales realizadas para llevar a cabo las alternativas planteadas, el terapeuta brinda algún reforzador social con la consultante.

Duración de la actividad: 5 minutos

2. Metáfora del termostato

Se le pide a la consultante que observe los dos termostatos dibujados. Se le dice que son como los termómetros de la casa para medir la temperatura. Uno de los termostatos se llaman obsesión-compulsión, el otro se llama aceptación. Cuando llegaste a

consulta el termostato de obsesión-compulsión estaba altísimo, mientras que el de aceptación estaba bajito. Lo que estamos intentando hacer es subir el termostato de la aceptación. Es posible que sigas esperando bajar el de la obsesión –compulsión. Pero, te cuento un secreto, lo más importante es subir el termostato de la aceptación. Querer bajar ese termostato de la obsesión-compulsión.

Duración de la actividad: 8 minutos

1. Ejercicio del chofer del bus

Se le pide a LP que se imagine que es un chofer de un bus de nombre “mi vida. Este bus tiene como destino llegar a la estación “tener una vida significativa basada en valores- sentirme aceptada”. En algún punto de la ruta el chofer recoge a unos pasajeros no deseados que equivaldrían a tus obsesiones; éstos pasajeros te intimidan. Quizás puedas pensar en una situación reciente en que hayas tenido pensamientos obsesivos y compulsiones, seguro te vinieron a la cabeza muchos pensamientos, sentimientos. Esos pensamientos y emociones que se te vinieron a la cabeza son repetidos constantemente por los pasajeros del bus y es con lo que te intimidan. Esta situación lleva al chofer a tomar una decisión; ignorarlos para continuar su camino o detenerse y comenzar una larga pelea con ellos, esto último trayendo como

consecuencia no poder llegar a su destino final. Este decide continuar su camino con los molestos pasajeros. Pasa por cada una de las estaciones hasta llegar a la última.

Duración de la actividad: 28 minutos

2. Retroalimentación de actividad anterior

El terapeuta pregunta como sintió continuando su la ruta. Igualmente, se le pregunta ¿Qué aprendizaje le dejó dicho ejercicio y ¿A qué son equivalentes las diferentes estaciones?

Duración de la actividad: 7 minutos

Tareas

- Llenar el Daily ACT Raitings
 - Escribir que hizo esta semana para lleva a cabo las alternativas planteadas.
 - Ejercicio de la observación del flujo de la experiencia privada
-

Sesión 8

Tema: Exposición Desde la Postura Act, centrada en la aceptación

Duración de la Sesión: 48 minutos

Objetivos

Actividades Terapéuticas para cumplir el objetivo

Intentar enseñar al consultante comportamientos más flexibles frente a los contenidos internos.

1. Revisión de tareas

El cliente muestra al terapeuta las tareas realizadas. En el caso de la tarea de las actividades semanales realizadas para llevar a cabo las alternativas planteadas, el terapeuta brinda algún reforzador social con la consultante.

Duración de la actividad: 8 minutos

2. Ejercicio de la observación del flujo de la experiencia privada: actividad descrita en la sesión 6.

Duración de la actividad: 12 minutos

3. Ejercicio Experiencial:

Se le pide a la consultante que imagine la siguiente situación: estás concentrada en una de tus clases. De repente, tú compañero de al lado se saca un moco, entra la ansiedad, empiezas a pensar, me voy a ensuciar, no me siento así bien conmigo misma, no voy a ser aceptada socialmente, no soy buena. Tienes que tomar una decisión, y tienes dos opciones. La primera, realizar tus rituales de chequeo y posiblemente de aseo, impidiéndote que continúes prestando atención a la clase, trayendo esto último como consecuencia bajas calificaciones. La segunda, es ignorar esos pensamientos, emociones, sensaciones

molestas, lo que te permite prestar atención a la clase, aumentando así muchísimo la probabilidad de obtener buenas calificaciones. Imagina ahora que te has ido por la segunda opción, quédate con esa imagen por unos minutos.

Duración de la actividad: 20 minutos

4. Retroalimentación de la sesión: Se le pide que de una retroalimentación de las sensaciones que le generó el ejercicio. Igualmente, se le pregunta que aprendizaje obtuvo del ejercicio.

Duración de la actividad: 8 minutos
