

Investigación empírica y análisis teórico

Intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Activación Conductual en un caso de ansiedad social

Intervention from Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation in a single case of social anxiety

Hernández Gómez, Alba*

Resumen:

En el trabajo se presenta el caso de un paciente de 42 años con un diagnóstico de ansiedad social y síntomas depresivos. Se aplicó un tratamiento de 14 sesiones basado en la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Activación Conductual (AC). En los resultados, se observó un aumento de la flexibilidad psicológica y del funcionamiento del paciente en las diversas áreas vitales. También se redujo la sintomatología ansiosa y depresiva. Por último, se discuten los resultados obtenidos y se reflexiona sobre la aplicación de estos tratamientos en el trastorno de ansiedad social.

Abstract:

In the study, we present the case of a 42-year-old patient with a diagnosis of social anxiety and depressive symptoms. A treatment of 14 sessions based on Acceptance and Commitment therapy (ACT) and Behavioral Activation (AC) was applied. In the results, an increase of psychological flexibility and functioning of the patient in the different vital areas was observed. Besides, anxious and depressive symptoms were reduced. Finally, we discuss the results obtained and we ponder over application of these treatments in social anxiety disorder.

Palabras Clave: *caso único, terapia de aceptación y compromiso, activación conductual, ansiedad social, depresión.*

Keywords: *single case, acceptance and commitment therapy, behavioral activation, social anxiety, depression.*

*Correspondencia: albahergomez@gmail.com

De acuerdo con el DSM-5, la ansiedad social es un miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre ante una o más situaciones sociales. Durante esas situaciones, la persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores (American Psychiatric Association, 2003).

Con respecto a la prevalencia de esta patología, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV, se ha encontrado una prevalencia del 7,3% (9,5% en mujeres y 4,9% en varones). Por lo que se refiere a la comorbilidad un 70-80% de fóbicos sociales presentan o han presentado trastornos asociados (Bados, 2001).

Las intervenciones cognitivo-conductuales son el tratamiento de primera elección para este trastorno (Botella, Baños & Perpiñá, 2003). Sin embargo, se aprecian limitaciones en los programas de tratamiento. Así, algunos pacientes no llegan a recuperarse e incluso ocasionalmente empeoran (Craske et al., 2014). Más aún, la exposición se ha asociado a un alto riesgo de abandono (McAleavey, Castonguay & Goldfried, 2014).

En los últimos años, se ha producido un desarrollo exponencial de la tercera generación de la terapia de conducta (Pérez, 2007). Desde la ACT, se postula un modelo transdiagnóstico centrado en el trastorno de evitación experiencial (TEE). La evitación experiencial se define como un patrón inflexible consistente en que para poder vivir se actúa para controlar o evitar los pensamientos, sensaciones, recuerdos o cualquier otro evento privado considerado desagradable. Por demás, la ACT pretende que el individuo avance hacia metas u objetivos considerados valiosos en su historia vital (Hayes, Strosahl & Wilson, 2015).

Por otro lado, la terapia de activación conductual (AC) emerge como una terapia eficaz para la depresión, alejada del modelo médico (Pérez, 2007). Desde esta perspectiva, la depresión se entiende en términos contextuales, siendo más una situación en la que uno se encuentra que algo que uno tiene dentro de sí (Barraca, 2010). Así, la idea que subyace al tratamiento es que los pacientes aprendan a producir cambios en su entorno para entrar en contacto con fuentes de reforzamiento (Barraca, 2010).

Finalmente, la ACT se ha aplicado para el tratamiento de la ansiedad social. Así, la ACT se ha empleado para el tratamiento grupal de esta patología (Brady & Whitman, 2012). Incluso, se ha demostrado que la ACT produce resultados análogos a los de la TCC en la ansiedad social (Kocovski, Fleming, Hawley, Huta & Antony, 2013). Por su parte, la AC se ha aplicado en la depresión (Barraca, 2010). Con base en la revisión de la literatura, no existen estudios que combinen la ACT y la AC para el tratamiento de la ansiedad social. Aunque, el componente de clarificación de valores de la ACT y AC han sido empleadas en el tratamiento de un caso de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) por abusos sexuales en la infancia, dando como resultado no solo una reducción de la sintomatología sino también una mejora del funcionamiento del paciente en las diferentes áreas vitales (Hernández, 2018).

A continuación, se expone el caso de un paciente con diagnóstico de ansiedad social junto con síntomas depresivos secundarios a esta patología. Se presenta la formulación clínica del caso y el tratamiento desde la ACT y AC. El objetivo del estudio es comprobar la utilidad de las terapias de tercera generación para reducir la sintomatología y mejorar el funcionamiento del paciente en las áreas va-

lios. Del mismo modo, se pretende estudiar las posibilidades y los límites del enfoque contextual en la práctica clínica.

Método

Participante

J es un varón de 42 años de edad, con un nivel económico medio. En el presente, J acaba de romper con su pareja y vive en la casa de sus padres. Es el menor de dos hermanas.

Análisis del motivo de consulta

J acude a consulta por voluntad propia, con la intención de comprender su manera de actuar y aprender a gestionar su ansiedad. También le gustaría estabilizar su estado de ánimo.

Anamnesis

El paciente cuenta que tiene dos hermanas. La mayor nació con un grave retraso mental. Ante este hecho, su familia reaccionó aislándose. Como consecuencia, sus relaciones sociales se redujeron al mínimo.

Por añadidura, J remite que siempre ha existido una contradicción entre lo que sus padres desean para él y lo que él quiere. Ellos querían que fuera funcionario y tuviera una familia estable. En cambio, sus aspiraciones han marcado en otra dirección.

Con respecto al ámbito de la pareja, J ha tenido siete relaciones. El paciente declara que él es siempre quien pone fin a las relaciones debido a que “No le llenan lo suficiente”. Por demás, J desea tener hijos. Por ello, el paciente tiende a iniciar relaciones sentimentales con mujeres más jóvenes.

Por otro lado, J cuenta que llegó a casarse “Por no saber decir no”. El paciente indica que la vida con esa pareja era idílica. No obstante, la relación no le satisfacía plenamente. A los 6 meses, se divorciaron.

Hace un año, el paciente rompió una

relación sentimental. Tras la ruptura, se siente triste y sin ganas de hacer nada.

Actualmente, el paciente menciona que hay una persona importante en su vida, A. J y A se conocen desde varios años y estuvieron a punto de iniciar una relación. Sin embargo, el paciente confiesa haberla rechazado por motivos de edad. Aun así, J refiere que con ella se siente cómodo y hay una sensación de conexión. En parte, también acude a terapia por ella puesto que si empezasen una relación no quiere caer en la dinámica de las anteriores.

En otro orden de cosas, J experimenta síntomas de ansiedad social en varias situaciones. El paciente se describe a sí mismo como un chico tímido, el cual siempre ha experimentado dificultades para establecer relaciones íntimas.

El comienzo de su ansiedad social se sitúa cuando finalizó la relación con S. Durante una presentación oral en su lugar de trabajo experimentó una sensación de ahogo, palpitaciones y sudoración junto con pensamientos catastrofistas. Ante estos eventos privados, el paciente reaccionó abandonando el lugar. Desde entonces, J menciona sentir ansiedad en determinadas situaciones sociales. Es más, para evitar los pensamientos y sentimientos desagradables, el paciente inventa excusas (e.g., finge estar enfermo). Más aún, el paciente alega que cuando no puede evitar acudir a reuniones de trabajo ha llegado a consumir fármacos. También expresa su preocupación dado que últimamente su actuación social se ha deteriorado (e.g., se equivoca en el discurso, titubea, etc.).

Respecto al ámbito laboral, J se describe a sí mismo como una persona perfeccionista. Por demás, el paciente declara que no expresa sus opiniones y ante las críticas de los demás reacciona callándose.

Instrumentos

La evaluación inicial del problema consistió en una entrevista abierta y una serie de auto-informes y auto-registros.

Primeramente, la flexibilidad psicológica se registró por medio del Cuestionario de Aceptación y Acción (AQQ) (Wilson & Luciano, 2002). Esta escala muestra adecuados índices de fiabilidad ($\alpha = .74$) y estabilidad temporal ($r_x = .71$) (Barraca, 2004). El puntaje de J fue de 40, indicando una elevada evitación experiencial.

En segundo lugar, el estado de ánimo se evaluó mediante la administración del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 2011). Esta escala presenta buenas propiedades psicométricas con un índice de Alpha de Cronbach de .89 (Sanz, Navarro & Vázquez, 2003). J obtuvo una puntuación de 32 entre 0 y 63, lo que correspondía a una depresión grave.

En tercer lugar, para evaluar su nivel de ansiedad se administró el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el cual muestra adecuados índices psicométricos (α de ansiedad rasgo = .90; α de ansiedad estado = .94) (Guillén & Buela, 2011; Spielberger, Gorsuch & Lushene, 2011). El paciente obtuvo una puntuación de 33 en ansiedad rasgo, situándose en el percentil 90 para ansiedad rasgo. Es más, su puntuación fue de 33 en ansiedad estado, indicativo del percentil 95.

Cuando se trató de evaluar la asertividad se usó el Cuestionario de Asertividad de Gambril & Richey (1975), el cual presenta una adecuada validez de constructo y alta consistencia interna ($\alpha = .91$ para la escala de malestar; $\alpha = .87$ para la escala de probabilidad de respuesta) (Carrasco, Clemente & LLavona, 1989). J obtuvo una puntuación de 120 en la escala de malestar y una puntuación

de 158 en la escala de probabilidad de respuesta. A partir de estas puntuaciones, se apuntó a que J manifestaba una conducta poco asertiva y con baja probabilidad de respuesta.

Por último, para clarificar los valores personales se utilizó el Cuestionario de vida Plena (VLQ-2) (Wilson & Luciano, 2002). La discrepancia en las áreas valiosas objeto de tratamiento fue de 9 en matrimonio/pareja, de 9 en amistad y relaciones sociales, de 8 en diversión y de 9 en cuidado físico/salud.

Diagnóstico clínico

Considerando la información recogida por medio de la entrevista clínica, en base a los criterios diagnósticos del DSM-5, se determinó que J padecía un trastorno de ansiedad social (American Psychiatric Association, 2013). De forma secundaria, el paciente experimentaba sintomatología depresiva.

Formulación clínica del caso

Con respecto a la ansiedad social del paciente, J podría tener una predisposición biológica hacia la introversión. Más aún, su carácter introvertido podría haberse reforzado por la falta de modelos y experiencias de aprendizaje. Además, el paciente presenta un déficit en asertividad, desplegando un repertorio conductual inhibido. Asociado a este déficit, J muestra continuos pensamientos y verbalizaciones acerca de que él “No debe dañar las relaciones de los demás expresando su desacuerdo”, “Todo tiene que ir perfecto o al menos parecerlo” (J., comunicación personal, 3 de febrero, 2016). Según se hipotetiza, esto se adquirió mediante la conducta gobernada por reglas a lo largo de su historia de aprendizaje (e.g., a través de las verbalizaciones de su hogar). Lo que es más, estas se mantienen

por la derivación de reglas y la coherencia contextual de estas dentro de su comunidad verbal de referencia. En esta línea, las personas del entorno de J han validado y reforzado estas conductas. Del mismo modo, estos comportamientos se refuerzan negativamente. La razón estriba en que al emitir estas conductas pasivas la probabilidad de posibles enfados o desacuerdo por parte de los demás disminuyen.

En el momento en el que acude a consulta, J acababa de romper con su pareja. Al proceso de separación de J se unió la necesidad de volver a vivir en casa de sus padres. Estas circunstancias pudieron operar como factores estresantes para el paciente.

En el origen de la sintomatología ansiosa de J se encuentra la experimentación de un ataque de pánico mientras realizaba una presentación oral en su lugar de trabajo. J refiere que pensó “Me van a notar que estoy nervioso, debo de estar haciéndolo fatal que horror” (J., comunicación personal, 19 de enero, 2016). A partir de entonces, el paciente indica empezar a sentir malestar cuando se encuentra en diversas situaciones sociales. En ese momento, se hipotetiza que se desencadenó un proceso de condicionamiento clásico.

Con base en el episodio de ataque de pánico durante la presentación oral en su lugar de trabajo se produjo una transformación de funciones de los estímulos sociales (e.g., iniciar y mantener conversaciones con los otros, etc.) y eventos privados internos. Así, se alteraron las funciones estimulares de pensamientos y sentimientos de miedo como consecuencia del establecimiento de relaciones de equivalencia.

Ante estas cogniciones y sentimientos ansiedad, J reacciona de manera rígida, siempre intentando hacer que desaparezcan. Es más, cuando se desencadenan pensamientos y

sentimientos de ansiedad, J incrementa su conciencia interna a la vez que disminuye su conciencia de las claves externas. Precisamente, la autoatención focalizada explicaría el deterioro en sus actuaciones sociales (e.g., se equivoca en el discurso, titubea, etc.).

Por otra parte, los esfuerzos de control experiencial de J tienden a revertirse. De este modo, cuánto más lucha J por controlar sus experiencias privadas internas, la frecuencia e intensidad de éstas se incrementa. Por tanto, se genera un círculo vicioso en el que se incrementa la ansiedad, la conciencia y los esfuerzos de control experiencial.

Por demás, este patrón de funcionamiento conlleva a diferentes consecuencias. A corto plazo, existe un componente de reforzamiento positivo debido a que J obtiene comprensión y apoyo por parte de su amiga A. Sin embargo, las consecuencias a largo plazo de este patrón conductual son negativas. De esta forma, J restringe su vida social puesto que evita las situaciones sociales (e.g., no acude a reuniones sociales, etc.). También abandona actividades valiosas (e.g., deporte). Al final, sus esfuerzos de control experiencial interfieren en su vida y laboral. Por último, la evitación de situaciones sociales, el abandono de actividades valiosas y la rumiación constante precipitan la aparición de la sintomatología depresiva.

Objetivos terapéuticos y técnicas de intervención

Tomando como referencia la formulación del caso de J, el objetivo general de la intervención fue aumentar la flexibilidad psicológica y, por ende, reducir la evitación experiencial.

También se planteó que J retomase una vida en la dirección de sus valores personales. Para conseguir los objetivos se aplicaron técnicas de intervención con aval científico.

En la Tabla 1 se resumen los objetivos cognitivos y las técnicas de intervención asociadas.

En la Tabla 2 se reflejan los objetivos emocionales-fisiológicos y las técnicas de intervención correspondientes.

En la Tabla 3 se muestran los objetivos conductuales y las técnicas de intervención relacionadas.

Procedimiento

El proceso psicoterapéutico se llevó a cabo en una consulta privada de la Comunidad de Madrid. La psicoterapeuta fue una Psicóloga General Sanitaria, supervisada por una psicoterapeuta con más de 20 años de experiencia en la psicología clínica.

Plan terapéutico

Sesión 1 y 2: Alianza terapéutica, desesperanza creativa y control como problema

Una vez recogida la información del caso, se presentó a J el análisis funcional de su problemática.

Por otra parte, J expuso que quería liberarse de la ansiedad y los síntomas depresivos que experimentaba. Se trató de hacerle ver que el alivio de la sintomatología no era un fin en sí mismo, sino que respondía a la regla de “Cuando consiga eliminar X (síntoma), empezaré Y (dirección valiosa)”.

En la segunda sesión, fundamentalmente trabajamos para que J tomase conciencia de la paradoja del control por medio de la metáfora de las arenas movedizas (Hayes et al., 2015). Durante estas sesiones, un objetivo primordial fue la creación de una sólida alianza terapéutica. Para ello, se adoptó una actitud empática, de escucha activa, autenticidad y de aceptación incondicional (Beck et al., 2012).

Sesión 3: Clarificación de valores personales

Al comienzo de la sesión, se revisaron las tareas propuestas la semana anterior. Por otro lado, el núcleo de la sesión se dirigió al trabajo de los valores personales. En este sentido, realizamos el ejercicio del funeral (Hayes et al., 2015). A raíz de este ejercicio experiencial, J verbalizó que se había dado cuenta de que muchas cosas por las que luchaba no estaban vinculadas a lo que desearía que sus seres queridos recordasen. Aprovechamos la ocasión para que percibiese la discrepancia entre sus valores y las acciones emprendidas en el presente.

Para la próxima sesión se solicitó a J cumplimentar el Cuestionario de vida plena (Hayes et al., 2015).

Sesión 4: Activación Conductual

En la cuarta sesión, expusimos a J el concepto de Activación Conductual. En este momento, retomamos el Análisis Funcional de su caso, haciéndole entender por qué se encontraba deprimido.

A la hora de realizar la planificación de actividades señalamos a J la importancia de considerar sus valores personales. Las diferentes actividades fueron jerarquizadas en función de su nivel de dificultad. La primera semana acordamos como objetivos: a) Retomar el contacto social abandonado (e.g., llamar dos días de la semana a su mejor amigo para charlar y salir con A; b) Aumentar el tiempo de ocio (e.g., realizar deporte una vez a la semana; empezar a leer un libro no relacionado con el trabajo.).

Al comienzo se trató de que J se comprometiera a realizar conductas sencillas en las que hubiese alta probabilidad de éxito. En las semanas próximas se aumentó el nivel de dificultad de los comportamientos.

Tabla 1
Relación entre Objetivos cognitivos y Técnicas de Intervención

Objetivos cognitivos	Técnicas de intervención
<ul style="list-style-type: none">• Recoger información para la evaluación del caso.• Comprender el modelo de génesis y mantenimiento de su problema.• Comprender el funcionamiento de la ansiedad.• Comprender la diferencia entre tener un pensamiento y creerse un pensamiento.• Reducción del impacto de los pensamientos disfuncionales sobre el comportamiento de J.• Reducción de la credibilidad de los pensamientos.	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista clínica y cuestionarios.• Devolución del Análisis Funcional.• Psicoeducación: Explicación del mecanismo de la ansiedad (Fleming, Kocovsky & Segal, 2013).• Metáfora “<i>Phishing</i>” (Hayes et al., 2015).• Aplicación de técnicas de defusión.

Se sugirió a J anotar las actividades de su día a día para tomar conciencia de cómo éstas afectaban a su estado de ánimo. Por último, planteamos a J la realización de un contrato conductual. El objetivo de este acuerdo era aumentar el compromiso del paciente con esta técnica del tratamiento.

Por otro lado, el paciente mencionó tener dificultades para llevar a cabo las tareas propuestas. Por ello, se implantaron estímulos discriminativos a través del control estimular (e.g., avisos en el móvil, notas en la nevera, etc.).

Sesión 5: Trabajo de la aceptación

Para empezar, se revisaron las tareas para casa. Después, J se comprometió con nuevos

comportamientos para la próxima semana.

Posteriormente, expusimos a J el concepto de Mindfulness. Para aclarar la distinción entre mindfulness y relajación se utilizó la metáfora de viajar en tren dormido por la vida (Barraca, 2011). Luego, se procedió a realizar el ejercicio del “Escáner Corporal Compasivo” (Fleming et al., 2013).

Al final de la sesión, se entregó a J un audio para que pudiera practicar el ejercicio en su casa. También le propusimos poner en marcha esta habilidad mientras realizaba tareas cotidianas.

Sesión 6: Aceptación de las sensaciones de ansiedad

De entrada, se revisaron las tareas para casa. Luego, se trabajó para que el paciente se

Tabla 2

Relación entre Objetivos emocionales-fisiológicos y Técnicas de Intervención

Objetivos emocionales-fisiológicos	Técnicas de intervención
<ul style="list-style-type: none">• Crear una sólida alianza terapéutica.	<ul style="list-style-type: none">• Empatía, escucha activa, autenticidad, aceptación incondicional y resúmenes intercalados (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2012).• Habilidades de la Psicoterapia Analítico Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991).
<ul style="list-style-type: none">• Creación de la desesperanza creativa y el control como problema.	<ul style="list-style-type: none">• Interacciones verbales entre terapeuta y paciente por medio de metáforas.
<ul style="list-style-type: none">• Aprender estrategias de atención plena.	<ul style="list-style-type: none">• Ejercicios de mindfulness.• Metáfora de viajar en tren (Barraca, 2011).
<ul style="list-style-type: none">• Disposición a aceptar las respuestas de ansiedad.	<ul style="list-style-type: none">• Metáfora de Paco el vagabundo (Hayes et al., 2015).• Exposición interoceptiva combinada con estrategias de mindfulness.• Escáner Corporal Compasivo” (Fleming et al., 2013).
<ul style="list-style-type: none">• Aumentar la flexibilidad psicológica.	<ul style="list-style-type: none">• Ejercicios de mindfulness.• Ejercicios de defusión.
<ul style="list-style-type: none">• Potenciar la perspectiva del yo como contexto.	<ul style="list-style-type: none">• Ejercicios de mindfulness.• Metáfora de los muebles y la casa (Wilson & Luciano, 2002).• El descubrimiento del yo (Hayes et al., 2015).

Tabla 3

Relación entre Objetivos conductuales y Técnicas de Intervención

Objetivos conductuales	Técnicas de intervención
<ul style="list-style-type: none">• Clarificación de valores personales.• Clarificación de valores personales en el ámbito de las relaciones de pareja.	<ul style="list-style-type: none">• Cumplimentación del Formulario Narrativo de Valores (Hayes et al., 2015) y VLQ-2 (Wilson & Luciano, 2002).• Ejercicio experiencial del funeral (Wilson & Luciano, 2002).• Interacciones verbales entre terapeuta y paciente centradas en el esclarecimiento de valores.
<ul style="list-style-type: none">• Aumentar la flexibilidad psicológica.• Empezar una vida congruente con los valores.	<ul style="list-style-type: none">• Activación conductual: Planificación de actividades valiosas (Barraca & Pérez, 2015).
<ul style="list-style-type: none">• Implantar operantes asertivos.	<ul style="list-style-type: none">• Entrenamiento en habilidades sociales (Asertividad).• Ejercicios de role-playing experiencial (Ciarrochi & Bailey, 2008).
<ul style="list-style-type: none">• Establecer estímulos discriminativos para hacer las tareas propuestas.	<ul style="list-style-type: none">• Control estimular.
<ul style="list-style-type: none">• Sobre-aprendizaje de habilidades aprendidas durante el proceso terapéutico.	<ul style="list-style-type: none">• Repaso y revisión de las tareas, auto-registros y fichas.
<ul style="list-style-type: none">• Prevención de las recaídas.	<ul style="list-style-type: none">• Identificación de situaciones de alto riesgo y estrategias para afrontarlas.• Repaso y revisión de las tareas.

mostrase dispuesto a aceptar sus respuestas de ansiedad. Para ello, se procedió a la psicoeducación sobre la ansiedad (Fleming et al., 2013). También se empleó la metáfora de Pa-co el vagabundo (Hayes et al., 2015).

A continuación, se aplicó el mindfulness durante la exposición a las sensaciones corporales de ansiedad. En este sentido, se provocaron síntomas de ansiedad por medio de determinados comportamientos (e.g., saltar continuamente para producir palpitaciones). Durante todo el proceso, se pidió a J que prestase atención a sus sensaciones imaginando que se trataba de un científico descubriendo un nuevo fenómeno. El paciente mantuvo esta actitud hasta que sus niveles de ansiedad regresaron a la línea base.

Finalmente, como tareas para casa J continuó realizando el ejercicio de Mindfulness con sus sensaciones de ansiedad.

Sesión 7: Defusión de los pensamientos de ansiedad

En esta sesión, se trabajó la fusión de J con sus cogniciones. Con el objetivo de explicar a J la diferencia entre tener un pensamiento y creerse un pensamiento empleamos el término “Phishing” (Hayes et al., 2015). Más adelante, se expuso a J el término de “workability” (Fleming et al., 2013). Además, J verbalizó un pensamiento perturbador que aparecía en su mente cuando tenía que realizar una exposición en público en el trabajo. En este sentido, se trató de analizar con el paciente la funcionalidad del pensamiento en el contexto de sus valores personales.

Por último, se realizó un ejercicio denominado “La conciencia del pensamiento” (Fleming et al., 2013). La meta de este ejercicio fue practicar la conciencia del proceso de pensar, observando como nuestra mente

generaba pensamientos. Del mismo modo, se practicó defusión pidiendo al paciente que imaginase los pensamientos apareciendo en una pantalla de cine.

Como tareas entre sesiones, se sugirió a J “Generar historias sobre él en las situaciones sociales” (Fleming et al., 2013). Se le pidió aplicar la defusión con estas historias.

Sesión 8: Entrenamiento en asertividad

En esta sesión, el núcleo fundamental de trabajo fue la asertividad. Se expuso a J los tres estilos de respuesta (agresivo, pasivo y asertivo) y los derechos asertivos. A continuación, se aplicó la defusión con los pensamientos que desencadenaban culpa a J.

Posteriormente, se realizaron ejercicios de role-playing experiencial, simulando situaciones en las que el paciente tenía dificultades para comportarse asertivamente. A través de esta técnica, también se potenció la perspectiva del yo como contexto (Ciarrochi & Bailey, 2008).

Como tareas para casa, se pidió a J rellenar un auto-registro sobre sus respuestas ante las situaciones diarias.

Sesión 9 y 10: Potenciando el yo como contexto frente al yo como concepto

Al comienzo de la sesión, revisamos las tareas para casa. Seguidamente, se realizó un role-playing simulando varias situaciones en las que J tenía dificultades para comportarse de forma asertiva.

Después, se inició el trabajo denominado el “El descubrimiento del yo”, dirigido a trabajar el yo como contexto (Hayes et al., 2015). Con vistas a reforzar tal distinción entre el yo como contexto y el yo como concep-

to se empleó la metáfora de los muebles y la casa (Wilson & Luciano, 2002).

Después, pedimos a J que prestase atención a su respiración. Acto seguido, le indicamos que pensase en sí mismo cuando era “Su peor yo”. Luego, dirigimos la atención del paciente a su yo observador. Posteriormente, repetimos este ejercicio con etiquetas tanto positivas como negativas. El fin era que J tomase conciencia de la distinción entre el yo contenido y el yo contexto. Por último, se analizaron la funcionalidad de sus evaluaciones.

Sesión 11: Clarificación de valores en la relación de pareja

El eje de esta sesión fue el tema de la pareja. Se pidió a J que imaginase una pareja sin rostro y formulase cómo le gustaría que fuera. Seguidamente, analizamos las parejas que había tenido hasta el momento y si comparaban sus valores personales. El paciente tomó conciencia de las discrepancias entre los valores que cada uno sostenía. Luego, se determinó que con A compartía un proyecto común.

Por otra parte, se incidió en el compromiso como pieza angular para mantener una relación de pareja duradera. Se señaló a J que si se comportaba según lo que sentía, tarde o temprano, la llama se acabaría apagando y renunciaría a su pareja. En cambio, si él decidía estar con esa persona por diversas razones (e.g., valores personales), daría igual lo que sintiera. El continuaría con esa persona porque era su elección.

Finalmente, cerramos la sesión con un resumen de lo visto en terapia hasta el momento. Es más, se reforzó a J porque estaba siendo autónomo en la planificación de actividades valiosas.

Sesión 12, 13 y 14: Prevención de recaídas

En la sesión 12 se realizó una prevención de recaídas. Para ello, se pidió a J resumir los principales aprendizajes realizados durante el proceso terapéutico. Después, se indicaron algunas de las barreras más importantes que habían surgido y cómo las había superado.

En la sesión 13, el paciente nos pidió entrenar con nosotros el mindfulness. Así, realizamos varios ejercicios en la sesión. En esta sesión, también evaluamos el progreso del paciente en relación al programa de activación conductual y a la consecución de objetivos valiosos. Se reforzó a J por el esfuerzo realizado.

En la sesión 14, se advirtió a J de que inevitablemente experimentaría recaídas. Desde la ACT, se enfatizó en que las recaídas se concebían como contratiempos, en los que se abandona el compromiso de vivir conforme a los valores (Eifert & Forsyth, 2014). Acto seguido, se identificaron con J las situaciones de alto riesgo y las estrategias susceptibles de emplear para resolverlas.

Por último, se acordó con J verse cada 15 días, iniciándose el periodo de seguimiento. En esta sesión, se realizó la evaluación post-tratamiento. Es más, J leyó la hoja informativa del estudio y firmó el consentimiento informado, autorizando la presentación del caso clínico.

Resultados

Para valorar los resultados se tuvo en cuenta la evaluación pre-tratamiento, post-tratamiento y de seguimiento a los seis meses de la intervención. En lo que respecta a la flexibilidad psicológica, el puntaje de J en el AQQ en el pretratamiento fue de 40, reduciéndose a 20 en el postratamiento y a 12 en la medida de seguimiento. En cuanto a la sin-

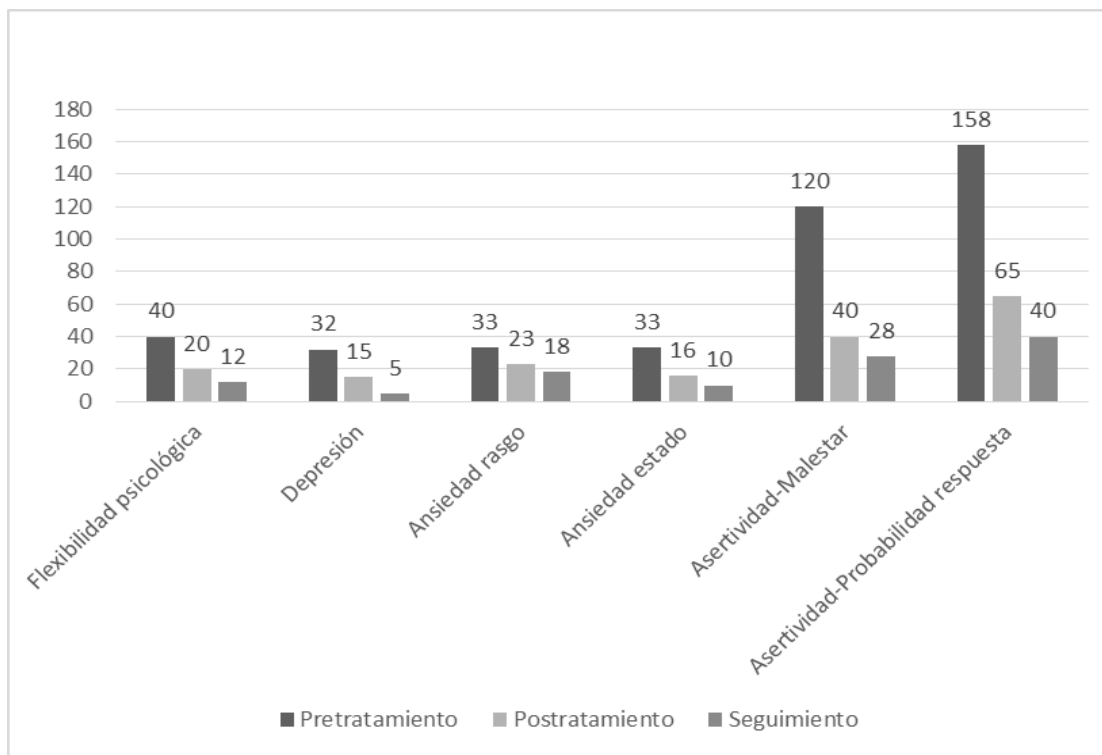


Figura 1. Representación gráfica del puntaje de J en el AQQ, en el BDI-II, en el STAI y en el Cuestionario de Asertividad de Gambril & Richey (1975).

tomatología depresiva, la puntuación de J en el BDI-II en el pre-tratamiento fue de 32, reduciéndose a 15 en el post-tratamiento y a 5 en el seguimiento. Con respecto a los niveles de ansiedad, el puntaje del paciente en el STAI en el pretratamiento fue de 33 en ansiedad rasgo, mermando a 23 en el postratamiento y a 18 en el seguimiento. Esto supone el paso del percentil 90 al 70 y al 50. Por lo que se refiere a la ansiedad estado, la puntuación de J fue de 33 en el pretratamiento, de 16 en el postratamiento y de 10 en el seguimiento. Así, el paciente pasó del percentil 95, al 55 y al 25. Cuando se trata de la asertividad, el paciente obtuvo un puntaje de 120 en la escala de malestar, reduciéndose a 40 en la evaluación postratamiento y a 28 en la medida de seguimiento. En la escala de probabilidad de respuesta, J tuvo una puntuación de 158 en el

pretratamiento, de 65 en el postratamiento y de 40 a los seis meses de la intervención.

En la Figura 1 se muestran gráficamente las puntuaciones obtenidas en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento en los diferentes cuestionarios empleados.

Para acabar, la discrepancia en los valores personales del paciente se redujo en todas las áreas valiosas. Así, la puntuación en el VLQ-2 se redujo de 9 en la evaluación pretratamiento en matrimonio/pareja a 4 en el postratamiento a 2 en el seguimiento y, de 9 en el pretratamiento en amistad y relaciones sociales a 3 en el postratamiento a 1 en el seguimiento. Por su parte, la discrepancia en el valor de diversión mermó de 8 en la evaluación pretratamiento a 2 en el postratamiento y a 1 en el seguimiento. Finalmente, también se

redujo la discrepancia en el valor de diversión de 8 en la evaluación pretratamiento a 2 en el postratamiento a 1 en el seguimiento y, en el valor de cuidado físico/salud de 9 en la evaluación pretratamiento a 3 en el postratamiento a 2 a los seis meses de la intervención.

Discusión

El objetivo del estudio es comprobar la utilidad de las terapias de tercera generación para reducir la sintomatología y mejorar el funcionamiento de un paciente con ansiedad social en las áreas valiosas, indicando tanto los puntos fuertes como las debilidades de este enfoque terapéutico. A partir de los resultados, se observó en J un aumento significativo de la flexibilidad psicológica y de su funcionamiento en las diferentes áreas vitales. También se redujo de forma significativa la sintomatología de ansiedad y depresión y se aumentó la emisión de conductas asertivas.

Más allá del aumento de la flexibilidad psicológica y del mejor funcionamiento del paciente en sus diferentes áreas vitales, se apreció una reducción significativa en la sintomatología. Aunque desde esta perspectiva, la reducción de los síntomas no es un objetivo primordial, es interesante observar cómo cuando se trabaja para aceptarlos y se cambia la relación con ellos, estos merman. También cabe destacar que el paciente se preguntaba si sus verbalizaciones denotaban una baja autoestima. Querer mejorar la autoestima para poder llevar una vida plena es una trampa común en la que caen muchos pacientes. Para evitar esta trampa, se eludió el término autoestima sustituyendo por la auto-aceptación.

Por otra parte, a raíz de los resultados, se señaló que J exhibía un comportamiento significativamente más asertivo. Por demás, se aumentó la probabilidad de emitir conductas asertivas. Para lograrlo, el entrenamiento

por medio del role-playing resultó fundamental. También fue imprescindible contextualizar las cogniciones disfuncionales del paciente como obstáculos en el camino hacia una vida valiosa e introducir tareas progresivas relacionadas con la conducta asertiva en el programa de activación conductual.

Guiándonos por el enfoque contextual, la conceptualización del caso de J se alejó del modelo médico y se acercó a un modelo basado en la salud (Hayes, Strosahl & Wilson, 2015; Pérez, 2007). En este sentido, la problemática de J se consideró un trastorno de evitación experiencial, englobando así tanto los comportamientos de evitación como los síntomas característicos de la ansiedad social o los depresivos. De cara al tratamiento, se resalta la importancia de explorar la función de la sintomatología y los comportamientos a través del análisis funcional. De lo contrario, el terapeuta corre el riesgo de guiar su práctica clínica por modelos nomotéticos no interviniendo en los procesos psicológicos nucleares del trastorno.

Por añadidura, el enfoque de las terapias contextuales no solo ha permitido dar lugar a una intervención más ajustada al paciente (Hayes, Strosahl & Wilson, 2015), sino que también ha reducido la estigmatización asociada a las etiquetas diagnósticas. Es verdad que transmitir la filosofía de las terapias contextuales plantea un reto para el terapeuta. De ahí, la importancia de realizar un buen entrenamiento en habilidades terapéuticas que ayuden a construir una sólida alianza con el paciente. Igualmente, será primordial que el terapeuta aprenda a desenvolverse de forma flexible durante el proceso terapéutico (Páez & Montesinos, 2016). Esto implicará no sólo que el terapeuta sintonice con el paciente, sino que en cierta medida adapte a él parte de sus herramientas terapéuticas (e.g., las metáforas).

En el caso presentado, la creación de una sólida alianza terapéutica fue una pieza angular en el tratamiento. En esta línea, la relación terapéutica se concibió como un auténtico contexto de aprendizaje (Kohlenberg & Tsai, 1991). Así, en la intervención con J se provocaron conductas análogas a aquellas conceptualizadas como problemáticas en la historia del paciente (e.g., la asertividad). A la vez, se moldearon comportamientos que el paciente valoraba como valiosos.

Junto con la creación de una buena relación terapéutica, desde el inicio de la terapia, se aplicaron como técnicas la clarificación de valores y la AC. Así, los valores deben abordarse desde el comienzo del proceso terapéutico. La razón estriba en que resultan fundamentales para dar sentido a la exposición, pudiendo reducir la tasa de abandono cuando se emplea esta técnica. Es más, tal y como ocurrió en el caso de J, la discrepancia valores-conducta podría ser la fuerza motivadora durante la terapia. Por lo tanto, emplear herramientas procedentes de la ACT para la clarificación de valores podría ayudar a superar la tasa de abandonos característica de la exposición (McAleavey, Castonguay & Goldfried, 2014).

Por otro lado, durante el tratamiento con J no se pretendió alterar el contenido de sus cogniciones sino más bien poner en duda su credibilidad. En este aspecto, el terapeuta puede dudar sobre si aplicar técnicas de reestructuración cognitiva (característica del clásico modelo cognitivo-conductual) o técnicas de defusión en casos de ansiedad social. Indudablemente, el cambio cognitivo está implícito en todo proceso terapéutico. Todavía más durante un proceso terapéutico meramente experiencial tal y como es la ACT. Sin embargo, se tendrá que eludir la inclusión de una de las técnicas en el tratamiento sin previamente haber analizado las características del

paciente y el análisis funcional. Con base en la experiencia clínica, lo que se plantea es adoptar un enfoque idiosincrático, persiguiendo la adaptación de las técnicas a las características del paciente, siempre en el contexto del análisis funcional. En este sentido, como señalan Ciarrochi & Bailey (2008), puede ser útil aplicar la reestructuración cognitiva en personas motivadas por analizar la precisión de sus pensamientos. En cambio, la defusión sería más pertinente cuando precisamente el intento de buscar la precisión de los pensamientos está conduciendo a los pacientes a resultados paradójicos (e.g., un incremento en la frecuencia de sus cogniciones, un análisis obsesivo, etc.) (Ciarrochi & Bailey, 2008).

Tal y se destacaba en la Introducción, la ACT se ha aplicado en el tratamiento de la ansiedad social, arrojando resultados análogos a la TCC (Brady & Whitman, 2012; Kocovski et al., 2013). Sin embargo, hasta nuestro conocimiento, no existen estudios que combinen la ACT y la AC para el tratamiento de la ansiedad social. Tomando como base la experiencia clínica con el presente caso, se señala que la AC podría ser una herramienta útil en casos de ansiedad social. El motivo reside en que la planificación de actividades constituiría un ejercicio de exposición, contextualizado en los valores del paciente, y por lo tanto, menos aversivo. En la misma línea, se ha señalado que el componente de clarificación de valores de la ACT podría facilitar los ejercicios de exposición (Hernández, 2018).

Por otro lado, las terapias contextuales tales como la ACT y AC se presentan como modelos transdiagnósticos (e.g., la ACT se centra en el TEE). Es importante señalar que el hecho de utilizar una concepción psicopatológica estándar (e.g., TCC), no resulta incompatible con la filosofía del enfoque contextual. Existen trabajos en los que se combi-

nan ambas perspectivas de tratamiento en diversas patologías (Hernández, 2017, 2018), y muestran que la combinación de ambas puede conducir a un eclecticismo técnico. No obstante, lo fundamental es analizar el caso clínico desde un enfoque teórico común como lo es la teoría conductual, evitando el eclecticismo teórico. Por lo tanto, ambos enfoques son dos vertientes de agua que desembocan en el mismo mar.

Finalmente, este estudio presenta limitaciones que deberían tenerse en consideración. De este modo, al tratarse de un único sujeto los resultados del tratamiento no son generalizables. Asimismo, no se pueden descartar explicaciones alternativas susceptibles de explicar los resultados. Por otro lado, podría haberse mejorado el procedimiento de evaluación. Así, hubiera sido interesante registrar el estado de ánimo del paciente a lo largo de las sesiones de tratamiento. Por tanto, se necesitan realizar futuros estudios con mayor tamaño muestral y más controlados experimentalmente.

Para acabar, se incide en la promesa que representa la ACT y la AC para tratar a los pacientes con problemáticas de ansiedad social y depresión. Más allá del reto que supone para el psicólogo la adopción del enfoque contextual, no hay que olvidar que representa una gran aportación para la práctica clínica. Con base en la revisión de la literatura, todavía no existen estudios que combinen ambos procedimientos para el tratamiento de la ansiedad social. En los próximos años, quizás presenciemos un mayor reconocimiento de la nueva ola de terapias psicológicas en esta patología (Pérez, 2007).

Referencia

- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Médica Panamericana.
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Barraca, J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505-515. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56040304>
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un Paciente con Sintomatología Depresiva. *Clinica y Salud*, 21(2), 183-197. doi: 10.5093/cl2010v21n2a7
- Barraca, J. (2011). *El viaje al ahora. Una guía sencilla para llevar la atención plena a nuestro día a día*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Barraca, J., y Pérez, M. (2015). *Activación conductual para el tratamiento de la depresión*. Madrid: Síntesis.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión* (20.a ed.) (Trad. Pabón, S). Bilbao: Desclée de Brouwer (Original de 1983).
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). (Ed. rev. Sanz, J., & Vázquez, C). *Inventario de Depresión de Beck-II*. Madrid, España: Pearson.
- Botella, C., Baños, R. M., y Perpiñá, C. (2003). *Fobia social. Avances en psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. España: Paidós.
- Brady, V. P., & Whitman, S. M. (2012). An acceptance and mindfulness-based approach to social phobia: A case study. *Journal Of College Counseling*, 15(1), 81-96. doi: 10.1002/j.2161-1882.2012.00007.x
- Carrasco, I., Clemente, M., y LLavona, L. (1989). Análisis del inventario de aserción de Gambrell y Richey. *Estudios de Psicología*, 37, 63-74. doi: 10.1080/02109395.1989.10821107
- Ciarrochi, J., & Bailey, A. (2008). *A cbt practitioner's guide to act. How to bridge the gap between cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Craske, M. G., Niles, A. N., Burklund, L. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Vilaradaga, J. P., Arch, J. J., & ... Lieberman, M. D. (2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: Outcomes and moderators. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 82(6), 1034-1048. doi: 10.1037/a0037212
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. (2014). *La terapia de aceptación y compromiso para trastornos de ansiedad* (Trad. Ramiro, A). Bilbao: Ed. Mensajero (Original de 2013).

- Fleming, J. E., Kocovski, N. L., & Segal, Z. V. (2013). *The mindfulness & acceptance workbook for social anxiety & shyness*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Gambrill, D. E., & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavioral Therapy*, 6, 550-561. doi: 10.1016/S0005-7894(75)80013-X
- Guillén, A., & Buela, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3916.pdf>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente. (Mindfulness) (2.a ed.)* (Trad. Álvarez, R). Bilbao: Desclée de Brouwer (Original de 2012).
- Hernández, A. (2017). A propósito de un caso: mindfulness y terapia cognitivo conductual aplicados para el tratamiento de la amaxofobia. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 77-97. Recuperado de <http://www.ojs.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/50>
- Hernández, A. (2018). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual con componentes de clarificación de valores y activación conductual en un caso de trastorno de estrés postraumático. *Análisis y Modificación de Conducta*, 44(169-170), 11-35. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/14896/Aplicacion.pdf?sequence=2>
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. L., Huta, V., & Antony, M. M. (2013). Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research And Therapy*, 51(12), 889-898. doi: 10.1016/j.brat.2013.10.007
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum.
- McAleavey, A. A., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (2014). Clinical experiences in conducting cognitive-behavioral therapy for social phobia. *Behavior Therapy*, 45, 21-35. doi: 10.1016/j.beth.2013.09.008
- Páez, M., y Montesinos, F. (2016). *Tratando con... terapia de aceptación y compromiso. Habilidades terapéuticas centrales para la aplicación eficaz*. Madrid: Pirámide.
- Pérez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28(2), 97-110. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10651/38818>
- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (2011). *STAI cuestionario de ansiedad estado-rasgo (8.a rev y ampl ed. Buela, G., Guillén, A., y Seisdedos, N)*. Madrid: Tea (Original de 1970).
- Wilson, K. G., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores*. Madrid: Pirámide.