

## **APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO A UN CASO DE CRISIS DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA: UN ESTUDIO DE CASO**

**Rafael Morón Gaspar**

Centro de Psicología Alba Test. Albacete

### **RESUMEN**

*Se presenta el caso de un joven con crisis de angustia con agorafobia (APA, 1994) si bien se ha conceptualizado desde un punto de vista funcional como un Trastorno Evitativo Experiencial (Luciano y Hayes, 2001). La resolución del caso se ha llevado a cabo mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Se aplicó en formato individual durante 9 sesiones. Los resultados obtenidos, tanto en este estudio como en otros, indica que este abordaje terapéutico es adecuado cuando se trata de un TEE. Las medidas obtenidas en las pruebas aplicadas así lo corroboran, habiendo experimentado el paciente una mejoría significativa tanto en las crisis de angustia como en el componente agorafóbico.*

**Palabras clave:** TRASTORNO EVITATIVO EXPERIENCIAL. TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO. CRISIS DE ANGUSTIA. AGORAFOBIA.

### **SUMMARY**

*It is presented the case of a boy with panic attacks with agoraphobia (APA, 1994) though the disorder has been*

---

Quiero expresar mi agradecimiento a la profesora Dra. Carmen Luciano por sus comentarios y aclaraciones a la hora de redactar el presente trabajo.

Correspondencia: Centro de Psicología Alba Test. Albacete

*conceptualized from a functional point of view as emotional avoidance (Luciano y Hayes, 2001). The resolution of the case was carried out through the Acceptance and Commitment Therapy. It was applied individually during 9 sessions. The results we have got in this case, like others in others studies, show that this therapy is appropriated when we are talking about an experiential avoidance disorder. The measurements obtained in the applied tests corroborate it, having experienced the patient a significant improvement both in the panic attacks and in the agoraphobic component.*

**Key words: EMOTIONAL AVOIDANCE. ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY. PANIC ATTACKS. AGORAPHOBIA.**

## INTRODUCCIÓN

El trastorno de pánico con agorafobia es uno de los trastornos que más incapacitantes pueden resultar para una persona. Han sido muchas las explicaciones que se han dado sobre su origen y mantenimiento (Botella, Ballester, Carrio y Benedito, 1993). De estas hipótesis se han desarrollado también diversos enfoques terapéuticos para abordar su tratamiento, siendo característico entre sus componentes la reinterpretación de las sensaciones corporales y la identificación y cambio de pensamientos disfuncionales para así conseguir que el sujeto se enfrente al mundo externo.

En los últimos años se han desarrollado nuevos enfoques terapéuticos alternativos a los enfoques cognitivos. Enfoques que han surgido del análisis funcional de la conducta verbal (Pérez, 2001). Uno de estas nuevas formas de aproximarse a los problemas psicológicos es la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002). Aunque no se pretende aquí hacer un análisis de la terapia, si es necesario un pequeño acercamiento a la interpretación de los problemas psicológicos desde la ACT. Según este punto de vista los problemas psicológicos vendrían causados por cierta insensibilidad a las contingencias provistas por el comportamiento del propio sujeto. Es decir, vendría a ser como un “no darse cuenta” de que lo que el cliente está haciendo no le está siendo útil para conseguir

lo que quiere. Esta insensibilidad vendría producida por estar el comportamiento del sujeto gobernado por reglas, en vez de moldeado por contingencias (Luciano, 1999). Así cuando la regla es "si haces X dejarás de sentir/pensar Y", el sujeto será insensible al producto de llevar a cabo dicha regla, es decir, "hacer X" no le lleva a "dejar de pensar/sentir Y", y no sólo eso sino que deja de llevar a cabo actividades que para él serían potencialmente reforzantes (Carrascoso, 1999). Estos intentos recurrentes por controlar la experiencia privada, ya sean recuerdos, sensaciones físicas, pensamientos o sentimientos, es lo que se ha venido a llamar *trastorno evitativo experiencial* (TEE) (Luciano y Hayes, 2001). El TEE ocurriría "cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas (...) y se comporta deliberadamente para alterar tanto la forma o frecuencia de tales experiencias como las condiciones que la generan, con un resultado limitante para su vida." (Luciano y Hayes, 2001).

Se presenta en este artículo un caso de TEE con topografía de crisis de angustia con agorafobia (APA, 1994). El abordaje terapéutico de este caso se ha llevado a cabo mediante la *terapia de aceptación y compromiso* (ACT).

### **Identificación del paciente**

El paciente es un joven de 19 años (en adelante A). En el momento en que acude a consulta está cursando 1º de bachillerato. Si bien su lugar de nacimiento es un pueblo manchego, hacía dos años que se había trasladado a otra ciudad por motivos de estudio. A. toca el saxofón en una banda de su pueblo y ahora está recibiendo clases en el Conservatorio. Actualmente está en 4º curso.

A. es el segundo de dos hermanos. La relación con su hermana y con sus padres es buena, tal y como se ha podido observar en la consulta y como informan las dos partes.

Un dato relevante es la preocupación de los padres de A. por su salud, no sólo en este momento, sino también en otras épocas de su vida. Además el problema de A. les preocupa especialmente porque una hermana de la madre tiene una depresión desde hace ya varios años que le incapacita enormemente, y no quieren que a su hijo le pase lo mismo.

### **Motivo de la consulta**

A. viene al centro aquejado de fuertes ataques de ansiedad. El contacto con el centro se produce por medio de su madre, que informa de que su hijo tiene mucha ansiedad y lo está pasando muy mal. Desde el primer contacto hasta la primera cita transcurrieron 3 días; periodo durante el cual volvió a llamar la madre de A. diciendo que estaba muy desesperada y que no sabía lo que le pasaba. En ese momento la persona que le atendió (una psicóloga del centro) le tranquilizó indicándole que lo que le ocurría eran síntomas de ansiedad pero que no le iba a ocurrir nada.

Así, al día siguiente de la llamada acude a consulta con su terapeuta. Acuden A. y su madre. El comienzo de la entrevista se realiza estando la madre presente, siendo ella la que daba más información sobre el problema de A.. Debido a esto, tras dejar a la madre que se exprese y cuente sus preocupaciones, se le invita a abandonar el despacho y se continúa la entrevista con A..

El motivo por el que A. dice ir a la consulta es “porque tengo una ansiedad que me muero”. En los días previos a solicitar ayuda había tenido un ataque de ansiedad muy fuerte. Este ataque se había manifestado con los siguientes síntomas: taquicardia, ahogo, sudores fríos y temblor de piernas y manos; por este motivo acudió a urgencias y allí le administraron valium y le recomiendan acudir a un psicólogo. En los momentos en los que se estaba sintiendo así, la principal preocupación de A. es el miedo a morir, sufrir un ataque cardiaco y/o una embolia o a estar volviéndose loco. Dice no poder viajar, ni ir al monte, ni tocar en audiciones ni conciertos y a veces le cuesta salir con los amigos, por el miedo a tener otro ataque y que no haya quién le ayude.

De esta forma, y en función de lo que A. cuenta, la sintomatología viene a formar parte de lo que en el DSM IV ha venido a denominarse *crisis de angustia con agorafobia* (APA, 1994). No obstante, desde un punto de vista funcional, los trastornos no se clasificarían según la topografía de las respuestas, sino por la función que están cumpliendo. Así, este tipo de trastornos cabría dentro de lo que se ha venido a llamar *trastorno evitativo experiencial* (TEE) (Luciano y Hayes, 2001).

## **Historia del problema**

A. lleva teniendo ataques de pánico desde la nochebuena de 2003. Fue entonces cuando sufrió el primer ataque, por el que acudió a urgencias. Ese primer ataque, en el que experimentó fuertes sensaciones físicas (taquicardia, sensación de ahogo, etc.) lo achacó a una subida de tensión. Tras este primer ataque, quedó muy asustado por lo que le había pasado, porque “creía que me moría”. Tuvo dos ataques más en los días sucesivos. Después de esta visita a urgencias, acude a su médico de cabecera quien le receta orfidal<sup>®</sup> y le dice que es de los nervios. Con anterioridad a este ataque había estado viviendo una época de mayor tensión debido a dificultades académicas y problemas con su pareja., “y es precisamente ahora que estaba todo resuelto cuando me pasa esto”. Desde ese primer ataque ha venido teniendo “pequeños ataques”, como él los denomina, que ha podido controlar gracias a la medicación, las pastillas de valeriana y las infusiones de tila, pero que poco a poco han ido limitando mucho su vida. Hasta el momento de llegar a la consulta había dejado de ir al campo con los amigos y a trabajar con su padre, había dejado de hacer deporte porque le daba miedo que le diera un ataque “y quedarme en el sitio”. También había comenzado a evitar ir a clase, y se estaba planteando el dejar la música por el miedo a las audiciones y conciertos, de los que ya había evitado dos.

## **Análisis y descripción de las conductas problema**

La principal conducta problema de A. es la incapacidad para hacer lo que hasta la fecha había estado haciendo. Esto se debe a cómo las crisis de angustia se estaban manifestando:

a. Nivel fisiológico: taquicardia, ahogo, sudores fríos, temblor de piernas y manos e inestabilidad.

b. Nivel cognitivo: pensamientos automáticos y creencias disfuncionales acerca de las consecuencias de las crisis y sobre las sensaciones físicas que podía tener. P. Ej. “me voy a volver loco”, “me va a dar un infarto”.

c. Nivel emocional: las emociones que A. estaba experimentando principalmente eran miedo y tristeza por no poder llevar su vida como hasta entonces.

d. Nivel motor: se engloban aquí todas aquellas conductas que van encaminadas a un mismo fin: evitar la ansiedad y el malestar. Esto es lo que se conoce como clase funcional evitativa (Luciano y Hayes, 2001): tomarse la tensión, ir acompañado de su madre / padre, llevar pastillas de Valeriana en el bolsillo, tomar grandes cantidades de tila, tomar orfidal<sup>®</sup>, etc.

Es este último nivel el que estaría más directamente implicado en el sufrimiento de A., ya que le impide llevar a cabo actividades (tocar saxofón, salir al campo, etc.) que a la larga redundarían en contingencias de refuerzo (acciones valiosas para él); dejándose llevar por otras actividades que, a corto plazo alivian lo aversivo de la ansiedad, pero que a la larga lo que están es provocando más sufrimiento (Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004).

### **Establecimiento de las metas del tratamiento**

Las metas clínicas que se establecieron fueron la recuperación de la vida del paciente. Es decir:

- poder tocar en audiciones y conciertos.
- poder salir con los amigos, fuesen donde fuesen.
- poder realizar viajes.
- continuar con sus estudios.

### **Estudio de los objetivos terapéuticos**

Las conductas objeto de intervención, es la reducción de los contextos verbales que causan la evitación experiencial, es decir, la reducción de la clase evitativa. Desde el punto de vista de la ACT, los problemas psicológicos están causados por la evitación de la experiencia privada. Así, el objetivo de la intervención es la eliminación de aquellos contextos que mantienen la evitación experiencial, a saber, contexto de literalidad, contexto de la valoración, el contexto verbal de dar razones y el contexto verbal del control de los eventos privados. No es este el lugar en el que describir tales contextos, el lector interesado puede acudir a Hayes et al. (1999), Luciano y Hayes (2001), Wilson y Luciano (2002). Es de especial relevancia el hecho de que se trata de atacar aquellas conductas que van encaminadas a la

evitación, por lo que no se trata de eliminar una topografía concreta, sino una clase de respuesta.

### **Selección de los tratamientos más adecuados**

Tal y como se ha definido el problema de A. (desde un punto de vista funcional), el tratamiento de elección será aquel que permita abordar la evitación experiencial. En este caso el tratamiento elegido fue la terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002).

En la literatura existen varios estudios de caso publicados en los que un trastorno evitativo experiencial, con topografía de crisis de angustia con agorafobia ha sido llevado a cabo con ACT (Zaldívar y Hernández, 2001; Carrascoso, 1999), así como otros trastornos de ansiedad (Luciano y Gutiérrez, 2001). En estos estudios la terapia de aceptación y compromiso se ha mostrado efectiva en la recuperación de la vida del paciente, así como en la disminución de los ataques de pánico.

La terapia de aceptación y compromiso no tiene como objetivo la sustitución de las creencias disfuncionales, o la reestructuración de ideas irracionales o distorsiones cognitivas, como es el caso de la terapia cognitiva tradicional. Más bien de lo que trata es de permitir al sujeto que actúe en una dirección valiosa para él, a pesar de tener ciertas experiencias a nivel cognitivo y/o emocional. Así, se sirve de metáforas, ejercicios experienciales y paradojas, para conseguir eliminar el patrón de evitación. A este respecto, hay que señalar que las metáforas se utilizan por la correspondencia entre éstas y los problemas del paciente, por lo que sería un error tomar las metáforas de forma literal. Los ejercicios que se realizan en el marco de la terapia de aceptación y compromiso buscan la exposición del sujeto a los eventos temidos, en este caso a su experiencia privada. Es decir lo importante de ellos no es su topografía, sino su función, por lo que quedarse sólo con la forma del ejercicio sin más, implicaría no haber comprendido la esencia de la terapia, ni de la teoría subyacente. El uso de las paradojas inherentes viene al caso para hacer ver al paciente como se queda "atrapado" por sus propias palabras (ej.: "intenta ser espontáneo") y para romper el seguimiento de reglas cuando este no es efectivo (Hayes et al., 1999).

### **Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase**

Con respecto de la evaluación del TEE, hay que indicar que en la actualidad no existen instrumentos específicos validados para medirlo. No obstante, si hay un cuestionario que intenta medir la aceptación (e implícitamente su opuesto, la evitación experiencial). Éste es el *Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ)* (Wilson y Luciano, 2002), si bien los datos no están validados psicométricamente. Este fue uno de los cuestionarios que se utilizaron, al principio de la intervención y al final.

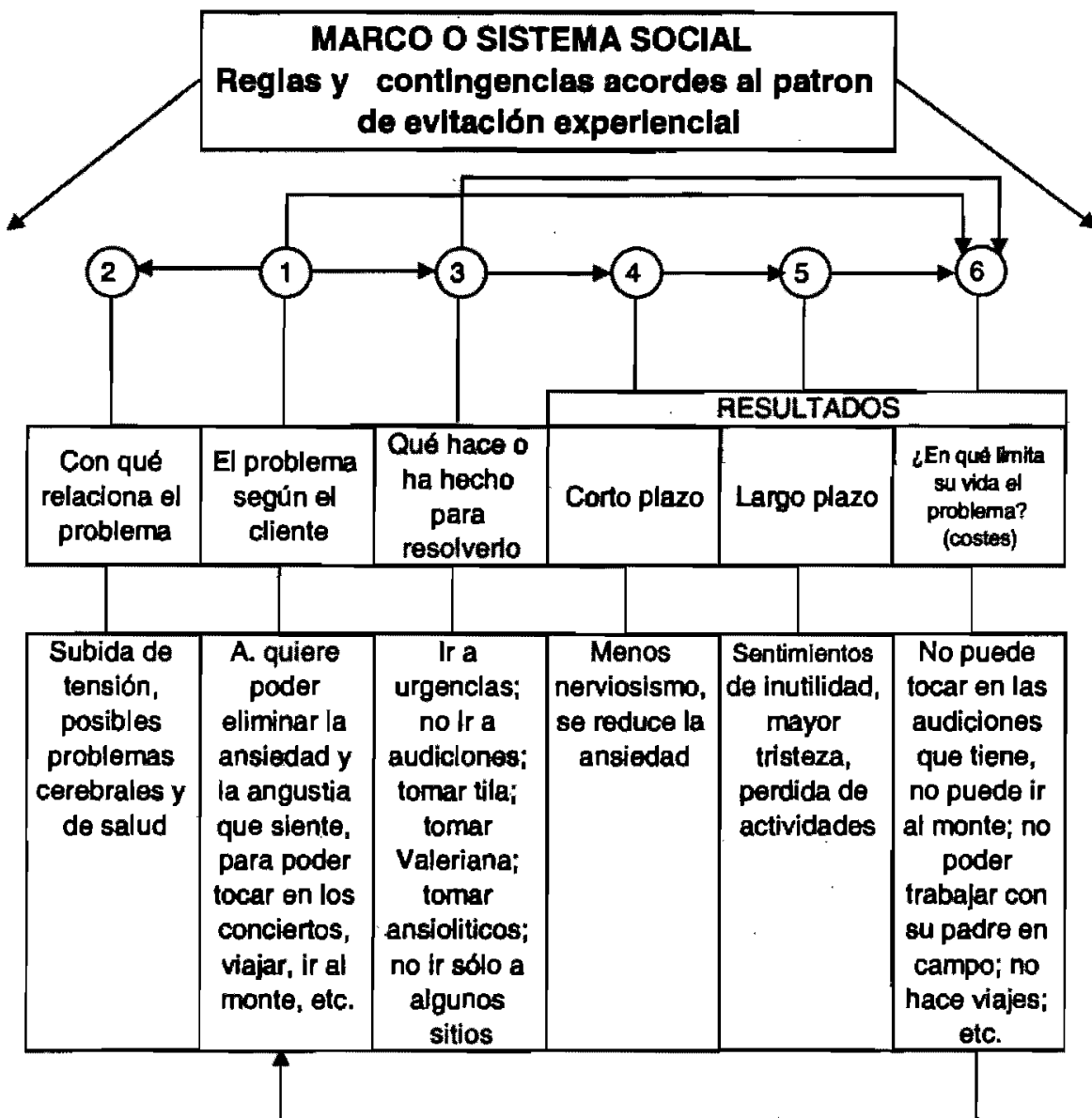
A pesar de no existir medidas para el TEE específicas, se ha tenido en cuenta las variaciones que se han producido en otros estudios de caso (Zaldívar y Hernández, 2001; Carrascoso, 1999) utilizando medidas más clásicas. Así, en este caso se utilizaron:

- Entrevista inicial. De esta entrevista se obtuvieron datos respecto a frecuencia de las crisis (5 desde Navidad), intensidad de éstas (indica que la primera fue de 8, las siguientes quizá no llegaron al 5, salvo la última que fue de 9 (siempre en una escala subjetiva de 0 a 10)), estrategias de control que utilizaba (ansiolíticos, tila, valeriana, ir acompañado siempre, y evitación de determinadas actividades ya indicadas más arriba) y síntomas principales (taquicardia, ahogo, sudores fríos, temblor de piernas y manos e inestabilidad). Además se recogió información acerca de cómo estaba afectando a su vida, así como de la utilidad que estaban teniendo las conductas de evitación tanto a corto como largo plazo. Con esta información se elaboró un esquema de análisis funcional similar al utilizado por otros autores en otros estudios de caso con ACT (Luciano, Gómez, Hernández y Cabello, 2001) (Fig. 1). La elaboración e interpretación de tal esquema se llevó a cabo junto con A., para establecer el contexto de la intervención, y será revisado en el apartado de aplicación de los tratamientos.

- Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ). La puntuación obtenida en este cuestionario simplemente es usada como medida pre y post tratamiento, ya que como se ha indicado anteriormente, este instrumento no está validado en población española. Así, la puntuación obtenida en la evaluación fue de 44.



Figura 1.



Tomado de Luciano, Gómez, Hernández y Cabello, 2001

- STAI, (Cuestionario de Auto-evaluación de Ansiedad Estado – Rasgo) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970). A. obtuvo un centil 60 en ansiedad rasgo y un centil 95 en ansiedad estado.

- Escala de Evitación Temor (Botella y Ballester, 1997). Las conductas objetivo que aquí marca A. son: tocar el saxo sin miedo, viajar, ir al campo y viajar en avión. El temor que siente ante estas situaciones en una escala de 0 a 10 es de 9, 6, 4, 9 respectivamente,

y la evitación según la misma escala es de 6, 6, 3, y 9. en cuanto a la incapacidad global que estos miedos suponen en su vida, la puntuación en una escala de 0 a 10 es de 6 (bastante).

- Cuestionario de Miedos de Marks y Mathews (1979), tomado de Botella y Ballester, (1997). Aquí de nuevo A. señala que los principales miedos y fobias que desea tratar es el miedo a tocar en conciertos y a viajar, señalando para estos dos comportamientos una evitación de 8 y 4 (siempre lo evito y decididamente lo evito) respectivamente en una escala del 0 al 8. Además también señala como importantes “el pensar en hacerse daño o en enfermedades”, “ir solo lejos de casa”, “amplios espacios descubiertos” y “al dentista” con una puntuación de evitación de 7, 6, 6 y 6 respectivamente. Así mismo, también indica que está notoriamente preocupado por “sentirse tenso o ansioso” y “pensamientos desconcertantes pasen por su cabeza”, “sentirse desdichado o deprimido” y “sentir que él mismo o los que le rodean son extraños o irreales”. El estado presente de sus síntomas fóbicos o miedos es “decididamente inquietante / incapacitante” (4 sobre 8)

Se intentó utilizar un registro de ataques de pánico, por si en el transcurso de la evaluación, o durante la intervención sufría algún ataque de pánico, pero esto no llegó a suceder por lo que no se pudo utilizar como variable dependiente la frecuencia de ataques de pánico. De esta forma, lo que se utilizó como VD fueron el numero de actividades encaminadas a valores, siendo estas definidas por aquellas acciones que A. hacía de una sesión a otra, que él quería hacer por ser importantes en su vida.

### **Aplicación del tratamiento**

La aplicación del tratamiento se llevó a cabo en formato individual, con una duración media de las sesiones de 60 minutos, con periodicidad variable. El número total de sesiones fueron nueve, incluyendo las 2 sesiones de evaluación y tres de seguimiento.

El esquema de intervención siguió el formato propuesto por Hayes et al. (1999) (Tabla 1) si bien las fases de intervención no siguieron el orden estricto de dicho manual, sino que se fueron adaptando a las necesidades del caso, y se introdujeron componentes del manual de Wilson y Luciano (2002). Cabe señalar que la intervención desde la

terapia de aceptación y compromiso no es lineal, sino que, en ocasiones se vuelve a etapas anteriores para volver a avanzar de nuevo.

**Tabla 1.**

<b>FASES DE LA TERAPIA</b>	<b>COMPONENTES UTILIZADOS</b>
Desesperanza Creativa	Metáfora del Jardín Metáfora de la mula
Valores	No hubo trabajo explícito en valores, si bien fueron trabajados de forma implícita desde la primera sesión
El control es el problema	Metáfora del polígrafo Metáfora de las dos escalas La lluvia es un problema Regla de los eventos privados
Construcción de la aceptación	Ejercicio del desfile militar Ejercicio fisicalizante Ejercicios de exposición a sensaciones corporales
Disposición y compromiso	Metáfora de la burbuja en la carretera

En la segunda sesión se le explicó cómo se producían los ataques de pánico, sirviéndonos del modelo de Clark, tomado de Botella y Ballester (1997).

La primera fase de intervención se dedicó a establecer lo que se denomina como *desesperanza creativa*. Es decir, se le llevó ver que los intentos por controlar su ansiedad no habían estado funcionando, y que era posible que no funcionasen; y que además el estar intentando no tener ansiedad estaba teniendo un coste en su vida. Se utilizó para ello algunas metáforas y ejemplos, como por ejemplo la metáfora del jardín (Wilson y Luciano, 2002) en la que se compara la vida del cliente con un jardín, y es él quien debe encargarse de su cuidado. Las plantas

representas las áreas valiosas de la vida del cliente, y su ansiedad son malas hierbas que surgen en este jardín. El objetivo de esta fase es que el cliente abandone la agenda de control de las malas hierbas, es decir, que deje de intentar alterar su experiencia privada, que se de cuenta de que eso que intenta controlar no puede controlarlo, y paralelamente, que se de cuenta de que justo los intentos de control provocan un aumento de la ansiedad.

La segunda fase de la terapia lleva a plantear que *el control es el problema*. Aquí de nuevo se retomó el modelo de Clark para hacerle ver que el no poder controlar sus sensaciones físicas le provocaba aún más esas mismas reacciones. Se utilizó aquí la metáfora del polígrafo para ilustrarle esta cuestión, así como la regla de los eventos privados (si algo no lo quieres, lo tienes) (Wilson y Luciano, 2002).

En esta fase hubo verbalizaciones por parte de A. en la dirección de abandonar el control (“estoy por irme ahora mismo al monte”), así como acciones en la dirección de estar dispuesto a tener ansiedad (una cuestión que había surgido por casualidad en esa sesión era el miedo a los ascensores, y en esa sesión decidió bajar y subir en el ascensor 3 veces, dejando incluso en el despacho la pastilla de valeriana que llevaba en el bolsillo a modo de salvavidas). Se utilizó en esta sesión también la metáfora de las dos escalas para ilustrar cómo el no estar dispuesto a tener ansiedad tenía un coste en su vida, y que la propuesta era subir la escala de las acciones (abriendo la escala de la ansiedad al 100% al actuar de modo valioso).

Durante este periodo informó de cómo se había tenido que enfrentar a su ansiedad. Había fallecido un amigo suyo y el tener que ir al tanatorio le producía gran ansiedad. Según dijo, se había acordado de las sesiones anteriores y de cuando se subió en el ascensor. Al igual que entonces había tenido fuertes sensaciones corporales pero las interpretó como una señal de su organismo de que iba a hacer algo que era valioso para él. En esa sesión indicó que ahora sí que entendía bien el significado de la metáfora de las dos escalas, que era cierto que la ansiedad subía pero conforme estuvo allí se le fue pasando. Se repasaron de nuevo la metáfora del jardín, para indicar que ya se estaba empezando a encargarse de sus plantas, y se introdujo la metáfora de la lluvia (“La lluvia sólo es un problema cuando no te quieres mojar”) para indicar que la ansiedad

sólo es un problema cuando no quieres tenerla porque tienes que descuidar tus plantas.

Otra de las fases de ACT es el *trabajo en aceptación*. Esta fase consiste en que el cliente sea capaz de distanciarse (de ahí el nombre original de la ACT como distanciamiento comprensivo (Pérez Álvarez, 1996)) de sus reacciones, sean cuales sean, y no tomarlas de forma literal, es decir, se trabaja principalmente en la aceptación de las funciones psicológicas de los eventos privados. En el caso en cuestión, parte de este trabajo se hizo de forma implícita, ya que A. empezó a dar otro significado y a abandonar la lucha con sus reacciones corporales a partir de la 3ª sesión, sin embargo, se trabajó en ello a nivel de pensamientos pues en la 6ª sesión informó de que cuando pensaba que tenía que tocar en la Semana Santa se ponía muy nervioso. Se utilizó el ejercicio del desfile militar (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002), con el objetivo de enseñarle a diferenciar entre “tener el pensamiento de...” y “quedar atrapado por el pensamiento de...”. Como en otras ocasiones durante la terapia, este ejercicio no se hace con la intención de eliminar esos pensamientos, sino para enseñar a actuar (ACT) aún teniendo esos pensamientos. Además informó de estar todavía algo nervioso. Se le indicó de nuevo que si quería ser músico, parte de ello era ponerse nervioso antes de los conciertos, pero que además todavía no estaba abierto a tener ansiedad del todo. En este momento se utilizó la metáfora de mirarse al espejo (Wilson y Luciano, 2002). Se utilizó también el ejercicio fisicalizante (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002) para fortalecer la aceptación de sus sensaciones corporales.

Durante este periodo, y en el transcurso hasta la 7ª sesión, se había enfrentado a esas situaciones, y además empezó a encontrar equivalencias funcionales entre su ansiedad a tocar en público, y su relación de pareja. En este sentido se conceptualizó su conducta de celos, como una forma de más de evitación de pensamientos y sensaciones desagradables, y cómo eso le ayudaba a mantener “verde” su planta de la relación de pareja. Así mismo, informó de que había decidido dejar de estudiar porque lo estaba haciendo por sus padres (reglas tipo *pliance*, véase Hayes et al. 1999) y lo que él quería hacer realmente era bachillerato musical y después la carrera de música.

Se empezó aquí a trabajar en el mantenimiento del *compromiso* con sus valores. Se utilizó, la metáfora de la burbuja en la carretera (Hayes et al., 1999) para hacerle ver que todo aquello a lo que nos enfrentamos nos hace crecer más. Se programó un primer seguimiento en un plazo de un mes.

Hasta ese primer seguimiento pasó una época muy buena en la que había avanzado mucho en la dirección de sus valores. Había realizado numerosas actividades importantes para él que hacía tiempo que no había hecho (ir a la romería de su pueblo, acciones a nivel de pareja, etc.). No obstante, se mostró preocupado porque tenía que enfrentarse a varios conciertos durante el mes siguiente. De nuevo se volvió a señalar el hecho de que parte de ser músico era estar dispuesto a tener ansiedad ante conciertos y audiciones. Se programó un nuevo seguimiento a los tres meses.

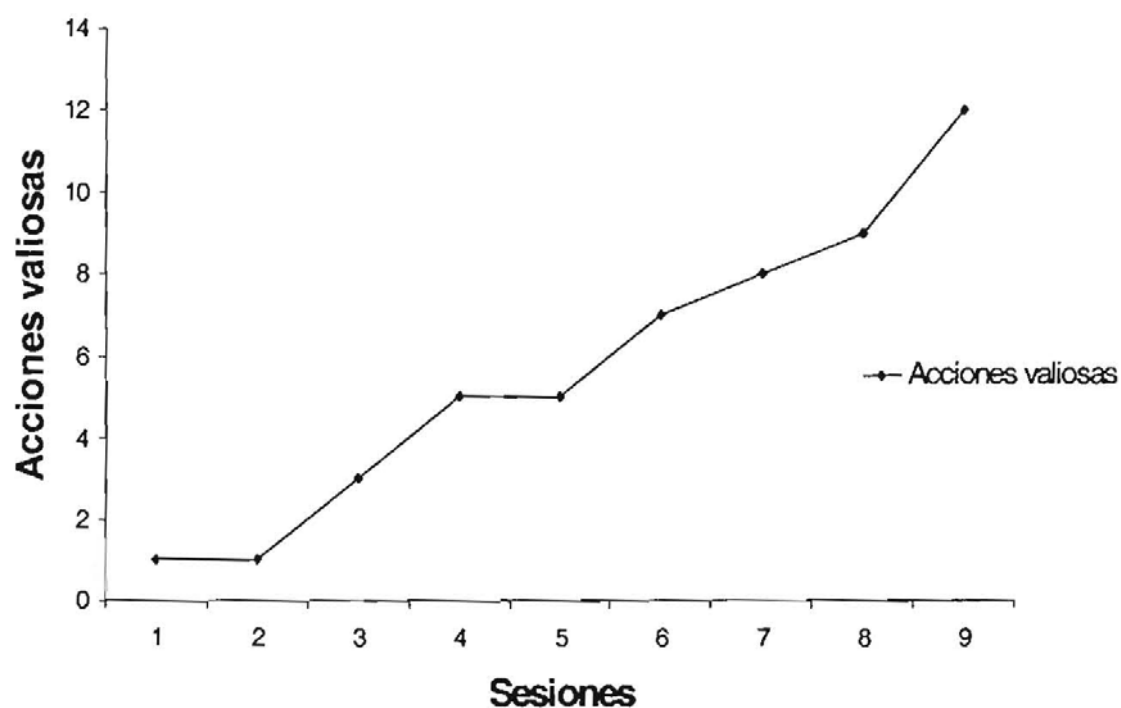
### **Evaluación de la eficacia y/o efectividad del tratamiento**

En función de las metas planteadas, se puede considerar que el tratamiento fue eficaz. Se consiguió que A. tocase en conciertos y audiciones, que saliese con los amigos, fuesen donde fuesen y se ha conseguido que haga viajes. El único objetivo que por el momento no se puede considerar como alcanzado es el de continuar con sus estudios. No obstante es algo que habrá que revisar de cara a un próximo seguimiento en el curso que viene. En principio, y atendiendo al informe verbal de A. será una meta a alcanzar.

Hay que destacar que al margen de las metas señaladas el tratamiento ha producido una mejora en otras áreas de la vida de A. Así por ejemplo, a nivel de pareja su relación ha mejorado, se plantea nuevas metas (ir a Francia a estudiar), de nuevo está ayudando a su padre en el campo, etc. Tal y como muestra la figura 2, desde el inicio del tratamiento se han ido aumentando las acciones dirigidas a sus valores.

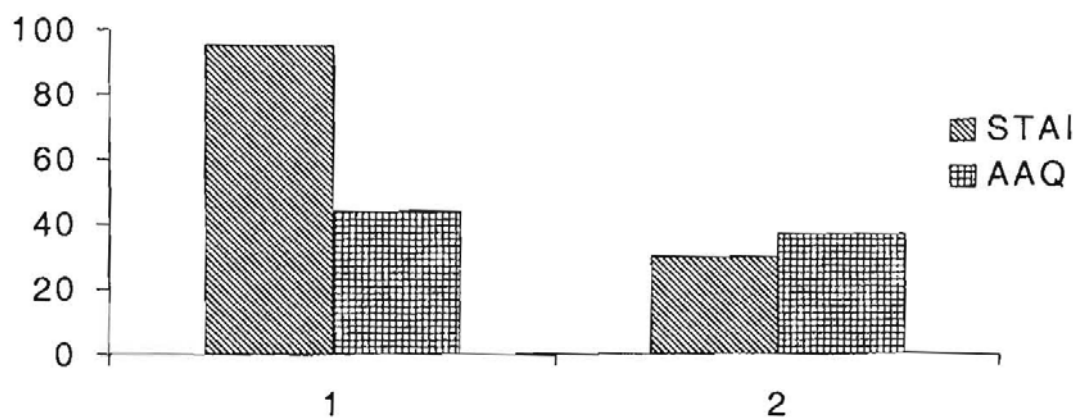
En las medidas iniciales también se ha producido una variación, siendo en el momento del seguimiento las puntuaciones para STAI de A/E centil 30, y en el AAQ de 37 (tabla 2). El resto de cuestionarios aplicados en la primera sesión de evaluación, no hay medidas de seguimiento porque A. no los trajo en dicha sesión.

**Figura 2.**  
**Acciones valiosas**



**Tabla 2.**

**Pruebas aplicadas**



### Seguimiento

En el seguimiento que se produjo a los tres meses se mantenían los cambios y habían habido nuevas acciones valiosas. Estaba

trabajando en el campo con su padre, había realizado un viaje a Madrid, había tocado en varias audiciones, había buscado información para estudiar la carrera musical en Francia, etc.

Se hizo un nuevo seguimiento a los seis meses de la finalización del tratamiento. A. se había ido a estudiar a Madrid, hecho éste que él decía que *“sí me lo dicen a principios de año, no me lo creo”*. Además, se seguían manteniendo todos los cambios anteriores y continuaba con sus estudios de bachiller musical.

En el seguimiento al año de la finalización del tratamiento, se seguían manteniendo los cambios que se habían dado en el seguimiento anterior.

## **Discusión**

La intervención llevada a cabo ha mostrado ser eficaz, tanto en la reducción de ataques de pánico, como en la recuperación de la vida del cliente. Es este en realidad el objetivo principal de la ACT, como se ha indicado anteriormente, en contra de lo que se pretende en otras terapias, que no es si no la reducción de síntomas y sensaciones corporales (ansiedad) asociados a determinadas situaciones. Esta reducción de los síntomas puede llevar a los clientes a quedar “atrapados” en nuevas estrategias de evitación; por otro lado evitación de aquello que nos viene dado por las circunstancias de la vida misma; de forma que lo que en realidad estamos vendiendo a los pacientes es que tener ansiedad es malo y que es algo que hay que eliminar, cambiar o alterar.

Con esto no estamos haciendo otra cosa que fortalecer los contextos verbales de evaluación, dar razones, literalidad y a la postre de control de los eventos privados evaluados como desagradables o malos. El fortalecimiento de estos contextos implica que estamos ayudando a mantener el problema del cliente, ya que como se ha indicado son estos cuatro contextos verbales los que originan los problemas psicológicos por los que los clientes vienen a consulta (véase Hayes et al., 1999; Hayes y Luciano, 2001; y Wilson y Luciano, 2002 para una revisión de los citados contextos verbales). Si bien son estos cuatro contextos problemáticos, es el último de ellos, el control de los eventos privados, el que provee contingencias de forma directa y sustenta los otros tres (Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004).



Además, y como se indicó anteriormente, la intervención se ha mostrado eficaz en la recuperación de los valores del cliente y tal y como la ACT sugiere, los principales cambios se han producido no por intentar controlar la ansiedad sino por exponer al cliente a sus sensaciones físicas y los pensamientos y emociones asociadas a ellas, y aún así mantenerse en la dirección de sus valores. Lo que hace distinta la exposición en ACT de la exposición en el contexto de otras terapias o intervenciones terapéuticas, es que no va encaminada a eliminar o disminuir sintomatología, sino a ampliar el rango de respuestas que puede emitir el individuo, en situaciones en las que la ansiedad está presente. Cuando los clientes llegan a consulta sólo ven una opción de respuesta en situaciones de ansiedad, principalmente la evitación de dicho evento. Con la exposición a sus eventos privados lo que se pretende es que a parte de la evitación el cliente tenga disponibles otras opciones, que a la postre serán más adaptativas en tanto en cuanto le permiten continuar haciendo su vida (caminando en la dirección de sus valores). Es decir, lo que se pretende es que ante los eventos temidos la respuesta sea la de continuar en lo que es valioso para ellos. Esto implica utilizar un concepto de aceptación activo, es decir, ver la aceptación como algo que el individuo hace, como una habilidad a aprender, en contra de cómo en otros modelos se ha tratado la aceptación, de forma lógica, como un sentimiento. En ACT la aceptación es una acción. Y se define por las cosas que una persona hace con sus eventos privados, por lo que no hay que confundir aceptar con resignarse o tolerar tales eventos.

En el caso de los ataques de pánico, lo que acaba provocando el ataque no es sino intentar controlar la ansiedad que surge en determinados contextos. El problema es que para poder controlarla hay que estar pendiente de que aparezca, con lo que a la postre estamos ayudando a que surja. ¿Qué se hace entonces?. La primera reacción es intentar eliminarla, mantenerla bajo control, para lo que hace falta una evaluación continua de nuestro estado con vistas a saber si desaparece, se mantiene, o incluso aumenta. Es este el caso en los ataques de pánico, y es entonces cuando la única reacción posible es el escape, y a partir de ahí la evitación de situaciones equivalentes, tal y como se extrae de los resultados de las investigaciones sobre marcos relacionales en la Teoría de los Marcos

Relacionales (RFT) (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). Es en base a esta teoría que se explique el que una persona empiece a evitar situaciones en las que no ha experimentado hasta la fecha ataque alguno de ansiedad, o que evalúe estas situaciones como más ansiógenas que el lugar original en el que tuvo el primer ataque (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, McHugh y Hayes, 2004).

Es de destacar en este caso, el papel que ha tenido las técnicas de desesperanza creativa en la resolución del caso. La mejoría se produjo a partir de la segunda sesión de intervención en la que se pone al cliente delante de sus intentos de solución del problema. En términos técnicos lo que se hace es poner en extinción el repertorio conductual que trae el cliente a la consulta, de tal manera que, como fruto de este proceso de extinción se produce variabilidad de respuesta, surgiendo en esta variabilidad la respuesta deseada, la aceptación y por consiguiente la exposición a los eventos ansiógenos; hecho que ocurre en esa misma sesión al exponerse a su ansiedad a los ascensores. Es así, tras esta sesión cuando empieza a producirse la exposición (en los términos expuestos anteriormente) de A a aquellas situaciones que a raíz del primer ataque había empezado a evitar. Es también relevante el hecho de que si bien la exposición supone someterse a contingencias de castigo, ésta es posible gracias al establecimiento de contingencias de reforzamiento simbólicas. Esto es, gracias al papel que en ACT, y me atrevería a decir que en la vida, juegan los valores del cliente (Wilson y Luciano, 2002). No hay que olvidar que ACT es una terapia centrada en los valores que el cliente tiene. No fueron necesarias muchas técnicas encaminadas a trabajar la aceptación, aunque si se introdujeron algunos ejercicios y metáforas para fortalecer esta nueva forma de actuar ante la ansiedad y otros eventos privados. Esto es necesario porque el cambio que se requiere en ACT es casi podríamos decir, contra-intuitivo, en el sentido de que hay que dejar de hacer lo que socialmente se nos ha ido enseñando (reforzando) desde muy pequeños; esto es, a evitar eventos privados desagradables (pero que paradójicamente son inevitables). Cuando el cliente se pone manos a la obra en la tarea de andar en la "buena" dirección (la elegida por él), empieza a hacer hueco a sus eventos privados como una parte más de su repertorio y empiezan a actuar las contingencias asociadas a "hacer cosas valiosas".

En definitiva, podríamos decir que la ACT ha sido un enfoque terapéutico útil tanto en la eliminación de los ataques de pánico, como en la recuperación y mejora de la vida del cliente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McHugh, L. y Hayes, S.C. (2004). Relational Frame Theory: some implications for understanding and treating human psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy (Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica)*, 4, 355-375.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Botella, C, Ballester, R, Carrio, C, Benedito, M. C. (1993). El desmantelamiento de los programas cognitivo-comportamentales para el tratamiento del trastorno por angustia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 882-905.
- Carrascoso, F. J. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el trastorno de Angustia con agorafobia: Un estudio de caso. *Psicothema*, 11, 1-12.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.
- Luciano, M. C. (1999). La Psicoterapia Analítica Funcional y la Terapia de Aceptación y Compromiso. Fundamentos, características y precauciones. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 497-584.
- Luciano, M.C. y Gutiérrez, O. (2001). Ansiedad y terapia de aceptación y compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 373-398.
- Luciano, M. C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109 – 157.
- Luciano, M. C., Gómez, S, Hernández, M y Cabello, F. (2001). Alcoholismo, evitación experiencial y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 333-372.
- Luciano, M. C., Rodríguez, M. Y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and

- acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy (Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica)*, 4, 377-394.
- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 15-33.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press (version española, TEA, 1982).
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Zaldívar, F y Hernández, M. (2001). Terapia de aceptación y compromiso: aplicación a un trastorno evitativo experiencial con topografía agorafóbica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 425-454.