

ACT COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA A PACIENTES QUE NO RESPONDEN A TRATAMIENTOS TRADICIONALES: UN ESTUDIO DE CASO

Sagrario López Ortega

José L. Arco Tirado

Facultad de Ciencias de la Educación
UNIVERSIDAD DE GRANADA

*"Lo más importante no es lo que el ser humano es,
sino cómo reaccionamos y asumimos lo que somos"*
Demócrito

RESUMEN

Con este artículo pretendemos dar a conocer la alternativa terapéutica adoptada por dos psicólogos clínicos, ante el problema de la escasa eficacia de los llamados "paquetes de tratamientos" con algunos clientes y en particular con el caso que nos ocupa. Efectivamente, varios estudios muestran que existe un porcentaje significativo, desde el punto de vista clínico, de pacientes que no responden, o bien lo hacen de manera insuficiente, al conjunto estandarizado de medidas terapéuticas de carácter cognitivo-conductual que aplicamos a algunos de nuestros clientes. La razón empírica de esta contrariedad en realidad la desconocemos. Sin embargo, algunas hipótesis apuntan en la dirección del escaso conocimiento que aun tenemos de procesos conductuales que

sospechamos subyacen a los problemas clínicos que abordamos. De esos procesos, la conducta verbal es la que ocupa la mayor parte de nuestro análisis en la presente investigación clínica.

Palabras clave: EFICACIA TERAPÉUTICA, PAQUETE DE TRATAMIENTO, PROCESOS CONDUCTUALES, CONDUCTA VERBAL, INVESTIGACIÓN CLÍNICA, ACT Y FAP.

SUMMARY

With this paper we intend to show those alternative therapeutic decisions made by two clinical psychologists concerned with the lack of effectiveness of some "treatment packages" applied to some clients and particularly to our clinical case. Several studies show that there is a significant percentage of patients, from a clinical perspective, who do not respond or do it just partially to the standardised set of cognitive-behavioural intervention measures, we do apply to our clients. We do not know the empirical reason for that to happen. However, some hypothesis propose our lack of knowledge about some underlying behavioural processes that could be going on, as one reason for that to happen. Among those processes, the verbal behaviour is the one focused more deeply on this article.

Key words: THERAPEUTIC EFFICACY, TREATMENT PACKAGE, BEHAVIOURAL PROCESSES, VERBAL BEHAVIOUR, CLINICAL RESEARCH, ACT Y FAP.

A pesar de la escasa investigación evaluadora que se hace en Psicología Clínica sobre la eficacia terapéutica de las distintas terapias, los datos parecen mostrar la existencia de un conjunto clínicamente significativo de clientes con problemas psicológicos resistentes a dichos tratamientos (Zettle y Hayes, 1986). Son clientes que en general se caracterizan por presentar historias prolongadas de desadaptación objetiva (Ej. Rechazo social) y/o subjetiva (Ej. Infelicidad) en sus contextos naturales. Presentan problemas com-

plejos, recidivantes y difícilmente catalogables desde sistemas de clasificación categoriales. Muchos de esos comportamientos sólo es posible entenderlos a la luz del contexto socio-familiar en el que esos individuos crecen y viven. Otros, ni siquiera así. Y se mantienen y empeoran, los problemas, alimentados por la combinación desastrosa de redes familiares y sociales aun más disfuncionales. Pues bien, el caso que nos ocupa podría encuadrarse en el marco que acabamos de describir. En el momento que el cliente acude a consulta arrastra diez años críticos (de los 20 a los 30 años de edad) de historia psicoemocional minada por situaciones familiares y personales potencialmente incapacitantes para cualquiera.

Pero antes de pasar a describir el caso y para facilitar la comprensión del lector, es conveniente advertir que este artículo, aun ajustándose a los estándares convencionales que marcan las condiciones de publicación de investigaciones como la presente, se divide en dos fases correspondientes a los dos momentos en los que transcurre la intervención clínica realizada. En la fase A se describe la intervención convencional; y en la fase B, siguiendo la misma estructura, el proceso terapéutico alternativo practicado.

FASE A

MÉTODO

Sujeto

Se trata de un varón de 38 años de edad, soltero, profesor de tenis, con el Graduado Escolar, desempleado, sin seguridad social, sin seguro del coche y con un nivel económico muy precario. Vive con sus padres y sus cinco hermanos, aunque posee una casa particular que todavía no habita por falta de recursos. Antes de dedicarse al tenis estuvo trabajando de manera esporádica en algunos empleos como en un bar de camarero y en una empresa de venta al por mayor de hortalizas y frutas. Mantuvo una relación de pareja a los 31 años con una chica de 18 años, de la cual nació

un hijo que en la actualidad tiene 6 años. Aunque aparece en el registro como padre del niño, aún no está resuelta la custodia, ni tampoco se ha determinado el régimen de visitas.

Procedimiento

Las trece sesiones en las que transcurrió esta fase A, se llevaron a cabo semanalmente con entrevistas semiestructuradas de 60 - 90 minutos de duración. La distribución de las sesiones fue del siguiente modo: se dedicaron cinco sesiones a la evaluación del cliente, una sesión a entrevistar al amigo, otra sesión para entrevistar a su ex-pareja y otra sesión con ésta y el cliente ya que cree que *«ella no sabe toda la verdad y nunca puedo hablar con ella, quiero tener la oportunidad de decirle todo lo que siento»*. El resto de las sesiones se dedicaron a la intervención.

Las sesiones de evaluación del cliente se ocuparon con entrevistas y con la pasación de la siguiente batería de evaluación, según el modelo de Beck (Bas y Andrés, 1996a): criterios diagnósticos del DSM- IV; Inventario de depresión de Beck -BDI- (Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. 1979/1995) (esta fue la única prueba que se pasó casi semanalmente) y el Listado de pensamientos de Beck, para recoger con más precisión las cogniciones del cliente; Lista de adjetivos de Lubin -DACL- (Avila, 1986) mediante la cual se puede evaluar el estado de ánimo actual del cliente y, por último, la Escala de Hamilton para la depresión -HRSD- (Hamilton, 1960/1995). Además, se aplicaron autorregistros como la lista de actividades placenteras, hobbies, actividades fijas, establecimiento del horario de sueño, trabajo, comidas y ocio; junto al registro del estado de ánimo y la satisfacción con su aspecto físico, puntuables de 0 a 10. Por otra parte, se le pidió al sujeto que rellenase una historia psicosocial, un inventario del concepto de sí mismo y un ejercicio escrito sobre las personas que tienen y no tienen pareja.

Datos clínicos: Historia del problema

Fue el único de seis hermanos que enviaron a un internado católico hasta los catorce años. El cliente comenta *«allí desarrolle*

debilidad emocional, era muy infeliz, me hice muy soñador e imaginativo para escaparme y evadirme de aquel colegio... era una cárcel, se sembró ahí muchas necesidades afectivas...donde vivió la masturbación como algo sucio y degradante». De su infancia comenta que siempre ha tenido falta de apego, sentía celos de un amigo porque siempre le acariciaban y alababan y a él sin embargo no. La relación con su familia era prácticamente inexistente. Con su padre (vendedor ambulante) apenas hablaba, "...era muy dictatorial y visceral". Con los hermanos no tiene confianza y solamente es con su madre (ama de casa), aunque siempre ha estado enferma, con la que se ha sentido más comprendido y apoyado. Al salir del internado, el deporte despertó en él un especial interés, concretamente el tenis, pero a raíz de una operación que sufrió en el hombro tuvo una reacción a la medicación y a consecuencia de ello, se produjeron bultos por todo el cuerpo. Se sometió a múltiples operaciones de cirugía estética aunque al no quedar satisfecho, se encerró en su casa durante ocho años, desde los 21 hasta los 29 ó 30 años. En este período de tiempo: «creé mi mundo perfecto, mi máximo objetivo era el Amor y desarrollé mis ideales de la vida, del mundo. Mi filosofía de vida era y es conseguir única y exclusivamente el Amor¹ verdadero, amar y ser amado al mismo tiempo».

En 1993 conoce a su ex -pareja de 18 años a través de la hermana de ésta de 21 años. Mantiene relaciones sexuales simultáneamente con ambas durante 3 ó 4 años (no sabe precisar con exactitud) con el consentimiento de la hermana mayor. Durante este período de tiempo, en 1994, tiene un hijo con su ex-pareja. Desde entonces mantuvo relaciones de pareja con su ex-compañera hasta 1999 de manera discontinua, incluyendo un par de años de convivencia. El sujeto siempre se ha quejado de que «nunca he conocido el Amor verdadero, amar y ser amado al mismo tiempo», cuando estaba con una pensaba en la otra y cuando estaba con la otra pensaba en la una. Afirma en una de las entrevistas que «jugaba a dos caras, todo era un montaje». Cuando finalmente se aclara ya

1 Debe ser destacado el hecho de que el cliente siempre que hace referencia al amor lo hace en mayúscula.

era tarde, las dos desconfían y no quieren saber nada de él. La familia política le calumniaba, le despreciaba y últimamente no le dejan ver al niño porque no le pasa ninguna pensión. Al producirse la separación, él se dedica a perseguir a su ex-pareja allá donde va, por lo que ella le denuncia por acoso y vejaciones. Meses más tarde se celebró el juicio en el cual el juez no dictaminó ninguna sentencia alegando falta de pruebas. El hecho de vivir en el mismo barrio va agravando una situación que progresivamente arrastra al sujeto al abandono de casi todas sus obligaciones: *«estoy obsesionado con volver con ella, toda mi vida gira en torno a volver con ella»*.

Situación actual

En el momento actual, el cliente acude a consulta convencido por un compañero y por un amigo. Lo hace cuando sus expectativas de recuperar a su pareja se frustran después de visitar durante seis meses a un personógrafo², que, según éste, le iba a solucionar su problema de pareja. El motivo de consulta es poder recuperar a su pareja. Un ejemplo de cómo narra el cliente sus relaciones de pareja es el siguiente: *«para mí el Amor no es un deseo, sino una necesidad, si no lo tengo me origina trastornos psicossomáticos y me afecta en mis raíces emocionales. Tengo un código genético que me arrastra a esa necesidad maldita, para no tenerlo, ya que siempre he buscado el amor integral y no lo he tenido. Mi vida va suspirando recordando melancólicamente el Amor de una mujer que ya no me quiere, y cuanto más mi razón huye de ella, mi corazón más se acerca a su mirada, cuanto más quiero olvidarla más la siento en mi alma ... siempre me hallaré suspirando en el deseo de su cuerpo y en el Amor de ella ... este soy yo ... un esclavo de la mujer, que no sabe, ni se siente vivir en la libertad y en las demás y variadas cosas hermosas de la vida, si no está acompañado en la vivencia del Amor»*

² Persona que se considera capaz de recuperar la pareja a quien se lo solicite. Se anuncia como doctor en ciencias educativas, colegio de licenciados y doctores de Granada nº xxxx. Y un ejemplo de actuaciones ilegítimas que se publicitan libremente y que deberían ser objeto de vigilancia y control por parte de organismos e instituciones con responsabilidades en materia de higiene y salud mental de la población.

Cuando se le propuso al cliente hablar con su familia para ampliar y contrastar la información clínica, éste se opuso alegando que su familia no sabía nada de lo que le ocurría y no verían bien el hecho de ir al psicólogo. Sólo accedió a que entrevistásemos a un amigo suyo, quien corroboró casi toda la información que proporcionó el cliente. Afirma el amigo que come muy poco, apenas se asea, casi siempre lo ve con la misma ropa, desde que se conocen (poco más de un año) siempre lo ha visto igual, se comporta de modo similar con todo el mundo, nunca ha observado episodios de euforia en él, *«parece un disco rayado, siempre con el mismo tema del amor perdido»*. También comenta que conoce a su madre y a uno de sus hermanos y los ve *«normales»*, respecto a la que fue su pareja dice que es muy influenciable, inocente... y la hermana de ésta muy manipuladora y caprichosa.

Cuando se entrevistó a su ex-pareja se pudo corroborar también toda la información del cliente a excepción de algunos matices. Ella manifiesta de manera inequívoca que no quiere saber nada más de él, que la persigue allá donde va y que ha provocado la ruptura de su relación con otro hombre. Al final de la sesión, tras discutir diferentes temas y situaciones, ella se mantuvo firme en su posición inicial de no querer saber nada más de él.

Otros datos clínicos del presente recogidos durante la evaluación fueron: el estado de ánimo depresivo la mayor parte del día; disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día; pérdida importante de peso sin hacer régimen (4-6 Kg.); alteración del patrón de sueño que se caracterizaba por la dificultad para conciliarlo, despertar temprano por la mañana y ser incapaz de volverse a dormir; agitación psicomotora en algunos momentos y en otros fatiga o pérdida de energía; sentimientos de inutilidad y de culpa excesivos; disminución de la capacidad de pensar o de concentrarse; indecisión; ideación suicida sin un plan específico para suicidarse (una vez se compró tranquilizantes pero no se los llegó a tomar). A raíz de estos resultados se decidió pasar las pruebas de evaluación BDI, DACL, Listado de pensamientos de Beck y HRSD, con las siguientes puntuaciones:

- BDI= 36 (depresión grave) (ver gráfica 1 para seguir su evolución).
- DACL= de 32 adjetivos que presenta la prueba elige 21, todos con connotaciones negativas.
- Listado de pensamientos de Beck = 25 (depresión) / 20 (ansiedad) ambas puntuaciones están en el punto de corte.
- HRSD=21(depresión moderada). Es debido a que esta prueba es para pacientes psiquiátricos hospitalizados.

El seguimiento del cliente, a través de los autorregistros muestra que:

- 2/3 de las horas del día se mantiene desocupado ya que imparte una media de dos clases al día lo cual le supone aproximadamente dos horas de trabajo.
- Si las clases (de tenis) las tiene de manera discontinua la dispersión de horario es incluso mayor, lo cual ha descontrolado sus horarios de comidas y desplazamientos.
- Aunque el número de horas de sueño informadas se encuentra dentro de un rango normal de aproximadamente siete horas al día, el cliente manifiesta quejas reiteradas de falta de descanso y de sueño.
- El estado de ánimo que informa el sujeto se puede considerar como deprimido en función del valor medio aproximado de 1 (en una escala de 0-10) de las puntuaciones recogidas en el registro diario.

Del inventario del concepto de sí mismo se puede destacar:

- Respecto al aspecto físico refiere « *el cuerpo, ente donde se basa y apoya la existencia de un ser para el conocimiento de su espacio tiempo, donde proyecta en sus relaciones ambientales una personalidad y una estética, para erguirse en un ser particular y específico. El mío devaluado en la estética y en la personalidad mide ... pesando alrededor de una órbita ... y con una piel que recubre mi cuerpo defectuosa y problemática, no la acepto fisiológicamente, pero la aguanto porque no hay más remedio, me ha originado elevados complejos y hundi miento personal*».
- En cuanto a las relaciones con los demás comenta «*soy servicial y generoso pero al mismo tiempo frágil y dependiente de las relaciones íntimas...*»

- De su personalidad afirma *«soy débil en las emociones por tener fuerte y elevada dependencia, y razonable y analítica en la mente del pensamiento con características de nobleza».*
- A la pregunta de cómo le ven los demás dice *«... según contexto y circunstancias me verán a veces en estados anímicos diversos, donde puedo estar en debilidad, en fortaleza, en necesidad, en sutileza, etc.»*
- Sobre su razonamiento mental escribe *«soy algo lógico y mantengo sentido común, mi formación cultural titular o académica oficial es básica».*
- Sobre su sexualidad *«me siento vacío e insatisfecho en grados altamente elevados y hondosos. En mi es una maldición que siempre quise que fuera una bendición, pero no la vivo en ese grado maravilloso».*

Mediante la incorporación de este último paquete de registros buscábamos: a) Ampliar y mantener actualizadas sus pautas de comportamiento y estilo de vida; b) Que el cliente adquiriese mayores niveles de conciencia y discriminación de su conducta y de la interdependencia entre los tres niveles de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor; y c) Poder plantearnos objetivos terapéuticos de intervención de mayor exigencia y coste psicológico, siempre y cuando se cumplieran los cambios conductuales prerequisites apuntados en los apartados a) y b).

Análisis funcional

Posteriormente se realizó un Análisis Funcional (AF) siguiendo el modelo de Haynes y O'Brien (2000), con el que se pretendían identificar las variables antecedentes y consecuentes de la/s conducta/s problema/s, así como sus hipotéticas relaciones funcionales causales. Como se puede apreciar en la Figura 1, en la columna central, enmarcados en rectángulos aparecen reflejados los problemas de conducta seleccionados para la intervención, a la derecha se representan también en rectángulos las consecuencias identificadas asociadas a los problemas relevantes de conducta. A la izquierda, en elipses y triángulos, el conjunto de variables identificadas con función causal, manipulables y no manipulables respectivamen-

te. La conducta problema diana engloba los pensamientos obsesivos, las idealizaciones y las rumiaciones del cliente, los cuales deterioran e inhiben la frecuencia y calidad de sus relaciones sociales, lo que al mismo tiempo hace que aumenten sus pensamientos obsesivos y se fortalezcan las respuestas cognitivas disfuncionales. Tampoco las relaciones sexuales escapan a esta circularidad, abocándole a realizar conductas de masturbación que funcionarían a corto plazo como reforzadores negativos, pero a largo plazo como refuerzo positivo, fortaleciendo aún más sus pensamientos obsesivos. La configuración anterior de relaciones entre conductas y estímulos con funciones discriminativas y elicitoras, entendemos que actúa de manera interdependiente con el resto de problemas detectados como son dificultades de sueño informadas, pérdida de apetito, baja autoestima y sentimientos de culpa, los cuales darían lugar al cuadro depresivo que detectan los cuestionarios estandarizados. Siguiendo con el análisis funcional, a la izquierda del diagrama de flujo, en el triángulo aparecen recogidas las variables con posible relación funcional causal, aunque imposibles de modificar por estar en el pasado (repertorios cognitivos y emocionales de la infancia, los problemas médicos y sus consecuencias estéticas, su aislamiento social durante 8 años, la influencia negativa del personógrafa y la separación temporal de su mujer, por ejemplo). Entre las variables o estímulos con función discriminativa y elicitoras de repertorios disfuncionales (Ej. conductas de evitación y escape que presenta el sujeto respecto a buscar activamente empleo o regularizar la custodia de su hijo), sólo se pueden entender a la luz de la presencia de otra variable como es su situación fiscal. La cual, de normalizarse, implicaría la obligación de pasar pensión al hijo en caso de disponer de una nómina, o en su defecto, embargarle el único bien de que dispone, es decir, su casa. Situación a la que parece no estar dispuesto. La casa la compró empujado por el personógrafa ya que según él era imprescindible que se la comprase para poder vivir con su pareja y así consolidar la relación. Con respecto a las señales ambiguas por parte de la familia política entendemos que están actuando como factor mantenedor del problema, ya que el cliente interpreta cualquier gesto de amabilidad o que le dejen al niño en algún momento que él no esperase, como posible reconciliación, fortaleciendo aún

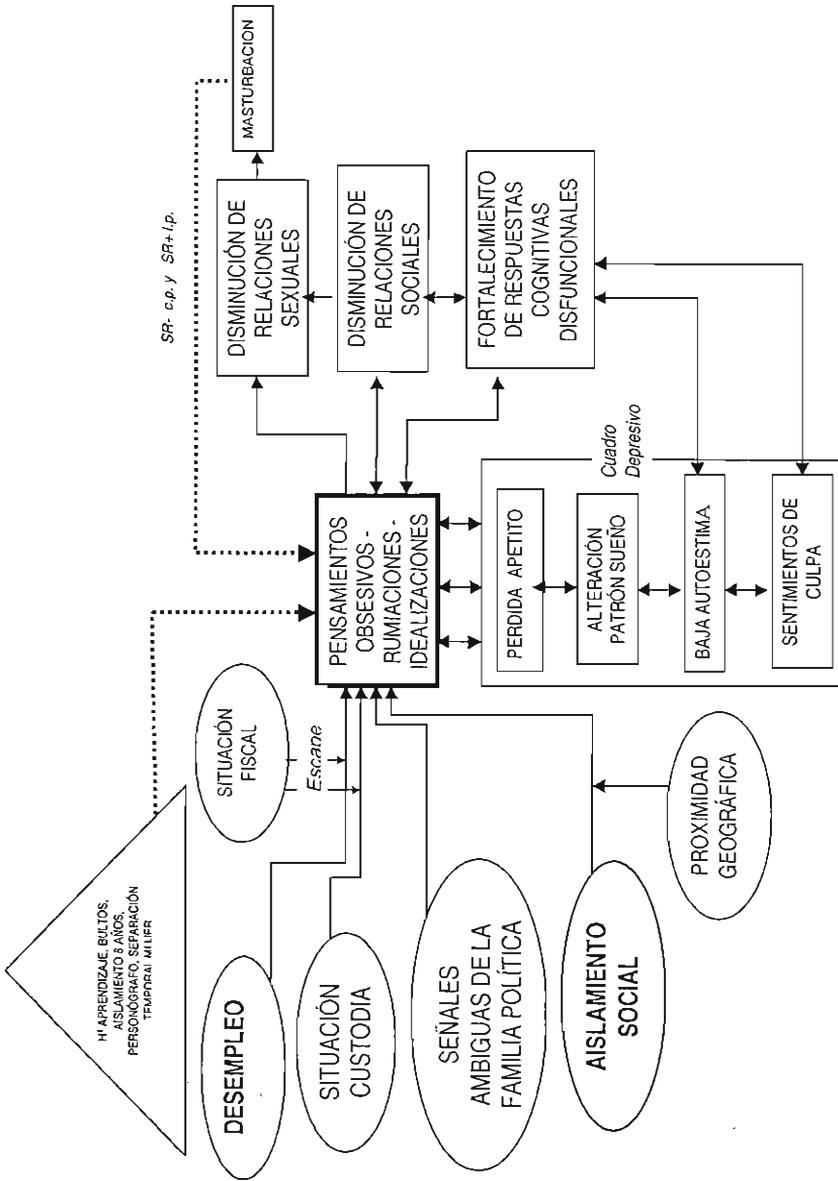


Figura 1.- Análisis funcional

más sus obsesiones. El aislamiento social que presenta, juega un papel muy importante en su problema ya que carece de fuentes de reforzamiento que le ayuden a salir del círculo vicioso en el que se encuentra. Como variable mediadora de este aislamiento tendríamos la proximidad geográfica en la que viven ambas familias tal y como hemos informado anteriormente.

Conclusión diagnóstica

De acuerdo con la información recogida a través de las distintas pruebas de evaluación realizadas y siguiendo la clasificación de trastornos mentales DSM-IV (1994), se diagnostica trastorno depresivo mayor, recidivante y con síntomas melancólicos con el siguiente perfil: depresión con síntomas somáticos importantes, tales como la pérdida de placer, falta de respuesta del estado de ánimo a los estímulos habitualmente placenteros, agitación psicomotora y variación diurna con empeoramiento por la mañana.

Otros potenciales diagnósticos como el trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica es descartado, ya que ni en su historia médica, ni en la situación actual ha sido detectada enfermedad médica específica alguna con potenciales efectos fisiológicos directos en el estado de ánimo. También se descartó el Trastorno inducido por sustancias (incluyendo la medicación) puesto que no observamos ni encontramos ningún indicio, signo y/o señal sospechoso en su rostro o en su piel o en el resto de su comportamiento que pudiesen encubrir un posible síndrome de abstinencia. Por otro lado, y a pesar de las dificultades que implica cualquier evaluación retrospectiva, de acuerdo al inicio, la duración (inferior a dos años), la persistencia (la mayoría de los días) y la gravedad de los episodios depresivos registrados, se descarta el trastorno distímico. El trastorno adaptativo atribuible a algún evento doloroso o traumático se descarta por no haberse producido recientemente ningún evento con tales características. Tampoco creímos que se tratara de un trastorno esquizoafectivo ya que no existen los necesarios episodios de alucinaciones o ideas delirantes. Para finalizar, el comportamiento de arrancarse los granos por ejemplo, que si bien por su topografía

de automutilación podría interpretarse como perteneciente al cuadro clínico descrito para el trastorno de la personalidad límite (Beck y Freeman, 1992/1995), por su función parece descartarse, ya que dichos comportamientos estaban circunscritos única y exclusivamente a la presencia de granos en la piel por un lado, y por otro, al hecho de que el sujeto pretendía únicamente eliminarse el grano y no provocarse intencionadamente dolor, daño ó sufrimiento. Por otro lado, tampoco presenta otros rasgos que saturen el umbral psicopatológico crítico establecido para este trastorno como pudieran ser: a) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario, b) comportamientos, intentos ó amenazas suicidas o de automutilación, c) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla, o bien, d) alteración de la identidad o autoimagen inestable.

Plan de intervención

Se siguieron los objetivos terapéuticos del programa analítico de intervención para la depresión de Bas y Andrés (1988; cit. en Bas y Andrés, 1996a): 1) Identificación y modificación de los pensamientos automáticos (tríada cognitiva), y las distorsiones cognitivas según Ellis (1962; cit. en Bas y Andrés, 1996b): “necesito ser amado por ciertas personas”, “es terrible que las cosas no vayan como yo necesito”, “no tengo capacidad para controlar mis perturbaciones”, “es más fácil evitar que afrontar las dificultades”, “el pasado me determina y me afectará siempre”; 2) Excesiva observación de sí mismo y sus problemas; 3) Exceso de autocastigo (autocrítica, odio a sí mismo); 4) Metas poco realistas; 5) Déficit autopercebido en habilidades sociales; 6) Atención selectiva a los sucesos negativos; 7) Verbalización continua de quejas y problemas, conductas de llamadas de atención por síntomas depresivos, uso del chantaje emocional; 8) Conductas de evitación y escape de los problemas; 9) Déficit en actividades gratificantes; 10) Dependencia de los otros; 11) Déficit o confusión de metas; 12) Aumento de peso; 13) Generar otras metas y alicientes como por ejemplo buscar un trabajo adicional al suyo; 14) Enriquecer el medio social y cultural, sobre todo, su red social de apoyo.

Partiendo de los modelos cognitivos de la depresión se decantó la intervención por:

a) El modelo de Beck (1979/1983), teoría cognitiva de la depresión, en concreto por reestructuración cognitiva, donde se abordan: ideas irracionales, distorsiones cognitivas, hechos a favor y en contra del pensamiento « tengo que volver con ella», consecuencias positivas y negativas de mantenerlo, consecuencias positivas y negativas de cambiar ese pensamiento por otros menos absolutos, más adaptativos y más realistas: ¿qué es lo peor que le puede pasar si deja de creer en ese pensamiento?; pensamientos alternativos: ¿de qué otra manera puedo pensar que sea más lógica, más realista y más adaptativa?; hechos a favor de esos pensamientos alternativos.

b) Los errores en el procesamiento de la información (Beck, 1979/1983) que se trabajaron fueron cuatro: 1) Razonamiento emocional; 2) Abstracción selectiva; 3) Generalización excesiva y 4) Recuerdo selectivo.

RESULTADOS

Para facilitar la presentación de los resultados los hemos agrupado en entorno a los procedimientos básicos aplicados durante la intervención: a) cognitivos-conductuales y b) operantes. Aunque obviamente se trabajaron de manera concomitante.

En el plano cognitivo-conductual, siguiendo los modelos cognitivos de la depresión anteriormente mencionados, pudimos comprobar por las verbalizaciones del cliente, que había modificado su descripción de la realidad y su comprensión del problema, aunque no en magnitud y duración suficientes. Un ejemplo podría ser el siguiente: «...sí, yo entiendo, lo comprendo perfectamente..., lo mismo le diría yo a una persona que se encontrase en una situación similar a la mía,... pero yo no puedo, mi cerebro es distinto, mis pensamientos y mis sentimientos no me dejan ser de otra manera, mis emociones son muy fuertes y me arrastran a volver con ella aunque mi razón me diga que no debo hacer eso...». Del mismo modo, se puede apreciar la presencia de algunos comportamientos incluidos entre los obje-

tivos terapéuticos que se plantearon y que persisten en su repertorio. Tal es el caso de la excesiva auto-observación, la atención selectiva a los sucesos negativos y la excesiva verbalización de quejas y problemas.

Respecto a los anteriores errores en el procesamiento de la información mencionados se puede mostrar como resultado las siguientes verbalizaciones del cliente: 1) Razonamiento emocional: *«estoy muy mal, me siento muy frustrado porque no consigo lo que más deseo en este mundo, dar cariño y que me quieran también... estoy completamente seguro de que si yo puedo conseguir una chica, querer y que me quiera, absolutamente vuelvo a la normalidad»*. 2) Abstracción selectiva: *«si no tengo el amor de esa chica mi vida no tiene ningún sentido»*. 3) Generalización excesiva: *«si tengo algo nuevo en que pensar y algo que me satisface como puede ser un nuevo amor, absolutamente ya no me duele el pasado, si yo estoy amargado en esta vida es porque no tengo el amor verdadero»*. Y, 4) Recuerdo selectivo: *«el problema es que no tengo nada y por ello pienso en lo que he tenido, el amor que perdí»*.

Durante el período de intervención se pusieron en marcha además, otras estrategias más operantes y dirigidas al cambio y/o modificación de aquellas condiciones del contexto del sujeto que entendíamos estaban contribuyendo a mantener el problema en cuestión y que sí podíamos modificar en sus valores. Por ejemplo:

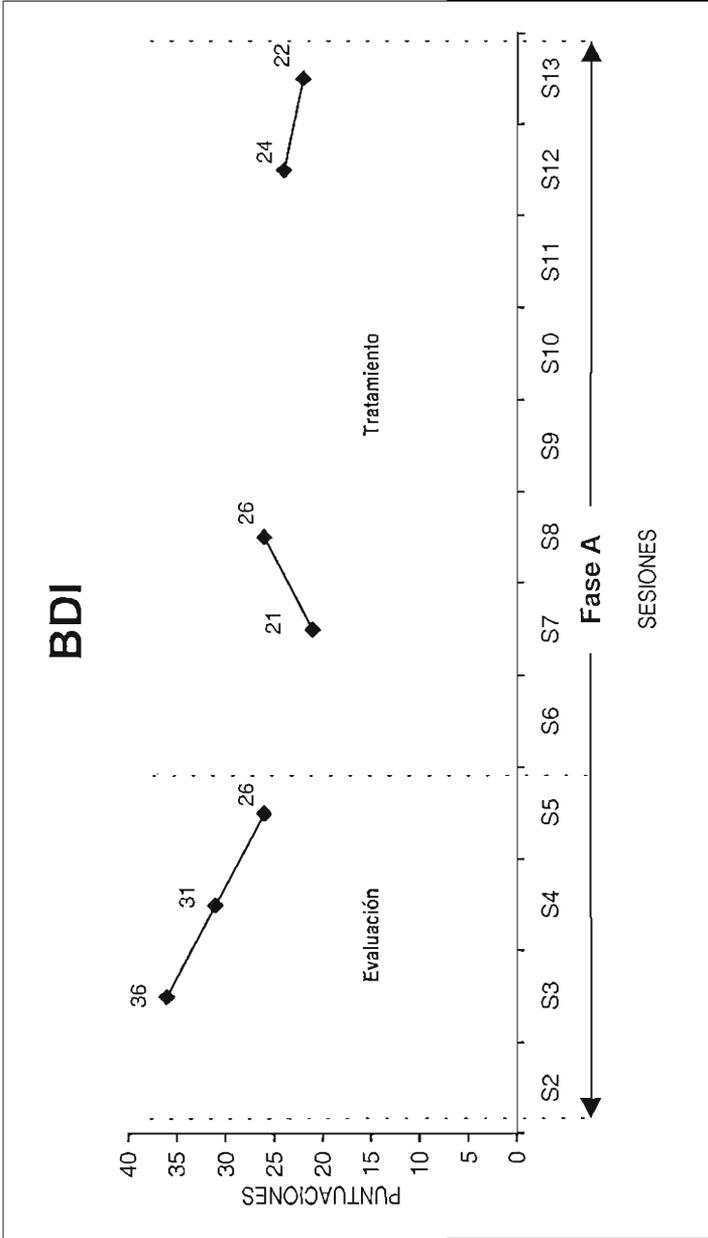
a) Iniciar la regularización de su situación legal con respecto a la custodia de su hijo. El resultado fue la siguiente respuesta: *«...no me atrevo a hacer nada porque la ley me perjudica, no tengo nómina. Si pido la custodia me embargan el piso y tengo que pagar una pensión a mi hijo, entonces sí que me destruyen la vida³, claro es que yo también quiero ese piso para mi hijo el día de mañana y para rehacer mi vida ... si cambio el piso de nombre y lo pongo a alguno de mis hermanos, esto me costaría mucho dinero, gestorías... estoy entre la espada y la pared»* .

3 Lo que se quiere destacar con «entonces sí que me destruyen la vida» es la presencia de importantes ganancias secundarias que están operando como mantenedoras de la conducta-problema. Aunque el cliente esté sufriendo hay algo en su estilo de vida que le funciona, le permite seguir evitando y por tanto, no comprometerse con el cambio.

b) Mejorar su situación económica tan precaria buscando otro trabajo adicional. Para ello se le propusieron una serie de pautas como por ejemplo: ir a la oficina del INEM y registrarse como desempleado (aportando a la sesión el documento acreditativo); que elaborase su C.V. y lo enviase a empresas (debiendo traer a consulta el listado de empresas). Lo anterior dio como resultado lo siguiente: *«hay dos sensaciones muy claras en mí, 1) tengo una frustración muy fuerte de infravaloración de mi persona, es decir, al margen de mis capacidades deportivas me pueden decir que soy un chico inteligente. Pero yo no tengo estudios, no tengo ninguna capacidad laboral en nada, no estoy cualificado en nada...», y 2) me siento muy condicionado por la vergüenza y la timidez en buscar trabajo, es decir, entrar en un sitio a buscar trabajo me da mucha vergüenza y también porque soy así de tonto y ridículo. Y como voy tirando a duras penas pues me voy ajustando a lo que puedo, también le pido a veces dinero a alguien, familia o amigos».*

DISCUSIÓN

Los resultados de la intervención muestran la consecución sólo parcial de los objetivos terapéuticos marcados. Y a pesar de la mejoría que se aprecia en las puntuaciones del BDI (ver gráfica 1) y en los indicadores clínicos subjetivos seguidos a través de los autorregistros, nuestra interpretación respecto a los posibles factores que han limitado el impacto terapéutico de las medidas puestas en práctica tiene que ver con: a) La enorme complejidad del caso con una historia de bigamia, denuncias, engaños, etc., propia de servicios sociales; b) El largo tiempo (más de siete años) durante el que el problema, en sus distintas manifestaciones, se ha mantenido; c) Las dificultades de acceso y utilización de recursos y agentes de cambio alternativos al cliente como su familia o amigos, a través de los cuales, conseguir las ayudas necesarias para aplicar contingencias con posibilidades de competir con las disfuncionales presentes. No nos ha permitido en ningún momento hablar con su familia y lo que el cliente expresa de la misma es muy escueto, no se identifica con ella y no se siente perteneciente. Convive en la misma casa



Gráfica 1.- Puntuaciones obtenidas en el DBI durante la fase A

porque no tiene medios económicos para irse, no la percibe como su grupo de referencia, no siente ningún tipo de afecto, confianza...; d) La presencia de importantes ganancias secundarias que están manteniendo su comportamiento y de acceso igualmente impracticable. Por ejemplo cuando se le propone que regularice su situación legal con respecto a la custodia de su hijo, responde argumentando lo siguiente: «...*si lo hago entonces me embargarían el piso y me obligarían a pasar una pensión a mi hijo... Así sí que me destruirían la vida...*» y, por último; e) El desarrollo por parte del sujeto de un complejo sistema de pensamiento o red verbal con propiedades capaces de inhibir la posible activación de repertorios (cognitivo-verbales y emocionales) alternativos más adaptativos. Por ejemplo, en algunos momentos es capaz de describir y razonar correctamente, desde un punto de vista lógico (no clínico), su situación actual, incluyendo una descripción adecuada de los comportamientos funcionales alternativos a adoptar, y, sin embargo, no incorporar ningún cambio comportamental en su vida diaria. Es como si el lenguaje hubiese tenido que asumir funciones reguladoras de la conducta propias del contexto, al mostrarse éste absolutamente contrario y alejado de sus expectativas y deseos. De lo contrario, la razón corre un serio peligro.

El punto muerto en el que pareció entrar el caso, nos dejó en la comprometida situación, que a veces tiene lugar, de no saber con claridad y sinceramente, qué seguir haciendo y hacia donde encaminar la terapia. Parecía estar claro que el uso de estrategias cognitivas basadas fundamentalmente en intentos de contra-controlar el pensamiento no eran las más adecuadas, es más, parecían estar fortaleciendo aquellos repertorios del individuo que pretendíamos debilitar (Ej. Excusas, justificaciones, explicaciones, etc.). Por lo que decidimos poner en práctica algunos de los elementos terapéuticos procedentes de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) que habíamos aprendido junto con su progenitor principal Steven C. Hayes y que descansan en una concepción sobre el funcionamiento mental humano alternativo a los planteamientos psicológicos denominados cognitivos-conductuales procedentes de la tradición filosófico-científica del racionalismo. Traducidos a términos clínicos, los nuevos objetivos terapéuticos fueron: a) Mejorar la

“visibilidad” del problema (o nivel de comprensión sobre la naturaleza de su problema) mediante la utilización de recursos terapéuticos basados por ejemplo en el análisis funcional del lenguaje (Ej. Metáforas) que propone ACT; para con ello: b) Elegir un nuevo “itinerario” (posicionamiento ante el problema) por el que hacer transcurrir su vida, aunque ligando este a, c) Su grado de aceptación emocional expresado en términos de compromiso con el cambio. Con ello nos adentramos en la fase B de este trabajo que pasamos a describir a continuación.

FASE B

Una de las razones que nos empujó a modificar nuestra estrategia terapéutica en este caso, tiene que ver con la identificación post-intervención de un rasgo, en el perfil clínico del sujeto, relacionado con su lenguaje y que lo hacía en parte, receptor a esta terapia. En la línea que propone Pérez Álvarez (1996a), el rasgo no es otro que la dominancia de repertorios en el sujeto controlados por reglas y la consiguiente insensibilidad, exacerbada a veces, a otras contingencias que no sean las que él mismo elabora verbalmente. Otra razón tiene que ver con los excelentes resultados que estos mismos elementos, utilizados con otros clientes con problemas de evitación experiencial semejantes, nos habían proporcionado anteriormente. Como tercer argumento a favor de nuestra decisión de cambio encontramos los estudios experimentales realizados por Zettle y Hayes (1986) a favor de ACT con respecto a las terapias cognitivo-conductuales. Estos autores comprobaron que el distanciamiento comprensivo reducía exitosamente la credibilidad aunque no la frecuencia de los pensamientos depresivos que informaban los clientes, lo cual repercutía positivamente en su conducta.

Al familiarizarnos con los planteamientos de ACT, tanto en la evaluación como en la intervención, resaltan algunas diferencias con respecto a las teorías de conducta clásicas. En general dichas teorías tienen como objetivo de cambio ayudar al cliente a lograr autocontrol sobre sus síntomas, suprimiéndolos o disminuyendo su frecuencia, intensidad y duración (Carrascoso, 1999). Es decir, que se persigue

modificar la topografía de respuesta más que la función de la conducta, lo cual hace sospechar que los esfuerzos terapéuticos derivan en entrenar al cliente en el desarrollo de estrategias de evitación más sofisticadas (McFadyen, 1989). Para evitar semejantes efectos indeseados, y alternativamente, encauzar la intervención conductual hacia el objetivo buscado, esto es, garantizar el balance natural entre aceptación, compromiso con el cambio y cambio efectivo presente en sujetos con niveles normales de bienestar psicológico, podemos alterar los contextos socio-verbales de la explicación, del control, de la literalidad y de la evaluación, que convierten en problemáticas a un conjunto de topografías de respuesta que, bajo el control de tales contextos, pasan a formar una clase de conducta que se pretende eliminar por indeseable (Pérez Álvarez, 1996b). Expresado con la claridad y contundencia con la que Hayes y Hayes (1992), nos tienen mal acostumbrados, la intervención psicológica debe orientarse a la modificación del contexto que transforma en problemáticas un conjunto de topografías de respuesta; el objetivo del cambio debe ser una clase de conducta contextualmente controlada. Es decir, que no se buscaría en la terapia, modificar las llamadas respuestas de *primer orden* (Hayes, 2000), que han caracterizado en general a los modelos terapéuticos cognitivo-conductuales, por ejemplo, intentando reducir o eliminar la ansiedad mediante estrategias instruccionales de control y cambio de los estímulos cognitivos y/o autonómicos; o bien, por otro lado, proponiendo la sustitución o el cambio de pensamiento ante la presencia de pensamientos tristes, incómodos, amenazantes o negativos. Entre otras razones, porque en algunos casos consiguen justo el efecto contrario al deseado. Se trataría, en cambio, de modificar las respuestas de *segundo orden* (Hayes, 2000) o sea, aquellas respuestas que los individuos emiten ante la presencia de sus propios estímulos cognitivos y/o emocionales. Dicho de otro modo, se intenta restituir el control contextual sobre una clase extinguida de respuestas cognitivo-emocionales unidas funcionalmente al cambio de conducta.

Sin embargo, como bien argumenta Ferro (1998), una persona no puede aceptar todo el contexto por completo ya que evoca respuestas incompatibles, es decir, las conductas resultantes de

contingencias positivas, esto es aproximación, impiden las que resultan de contingencias negativas, es decir, evitación. Por lo que la aceptación literalmente no significa aceptar el contexto (incluyendo las respuestas emocionales del sujeto) tal cual es, sino que ha de ser considerada (contextualizada) dicha aceptación en el contexto de otros objetivos terapéuticos. De ahí que Dougher (1994) afirme, entendemos, que la aceptación supone una elección.

PROCEDIMIENTO

Tras el intervalo de tiempo de aproximadamente un mes, transcurrido desde la última sesión de la fase A y tras renunciar su amigo a seguir pagándole las sesiones, se acordó con el sujeto reducir los honorarios a la par que espaciar la frecuencia de las sesiones a una sesión cada dos semanas. Se llevaron a cabo tres sesiones quincenales con una duración de 60 - 90 minutos. Una cuarta sesión, aproximadamente al mes y medio y una quinta y última sesión a los seis meses que consideramos de seguimiento. Durante este tiempo se mantuvo, por mutuo acuerdo, el contacto telefónico, al igual que sucedió entre las sesiones trece y catorce, o sea, en el paso de una fase a otra.

Se comenzó en esta primera sesión de la segunda fase, por reflexionar y analizar junto al cliente las posibles "razones" que habían impedido el avance hasta ese momento. Se contempló la posibilidad de que el problema fuese a mejor o no. Se le confesaron nuestras limitaciones con su problema. Se valoró las consecuencias del abandono. Se estimaron las posibilidades de seguir intentando algún cambio, aunque ligado a condiciones y términos completamente diferentes a los mantenidos hasta el momento. Se intentó que se distanciara de su situación. Se intentó provocar, en resumen, Desesperanza Creativa, el punto de partida psicoemocional según ACT (Hayes, McCurry, Afari y Wilson, 1991; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Luciano, 1999; Luciano y Hayes, 2000; Luciano, 2001).

En las sesiones segunda y tercera buscamos reducir confusión mediante la búsqueda de un norte psicológico. Es decir, que el sujeto

se aclarase respecto a qué valores iban a dar sentido a su búsqueda, a su pelea. Tras elegir y priorizar sus valores, en la cuarta sesión se fueron especificando las acciones pasadas y presentes, que le acercaban (conductas adaptativas) o le alejaban (barreras) de la consecución de dichos valores. Es decir, identificar junto con el sujeto exactamente qué elementos de su comportamiento, en interacción con su contexto, le habían conducido a la situación actual no deseada. Y en particular, los elementos de su lenguaje que le estaban amarrando al problema. Un ejemplo lo encontramos en la naturaleza del funcionamiento del pensamiento en forma de Zig-Zag (sucesión de contrarios), y el mimetismo con el que su lenguaje reflejaba dicha estructura. Otro ejemplo de cambio radical en el uso, por parte del sujeto de las herramientas cognitivas, tiene que ver con recuperar también el equilibrio perdido entre razón y pragmatismo. Es decir, que se alternen de manera natural las decisiones tomadas "a favor" de la razón con aquellas otras tomadas "en contra" de la razón. Durante la quinta sesión se analizaron sus nuevas reacciones a los cambios contextuales recientes producidos y se identificaron posibles contextos y comportamientos de riesgo que le alejarían de los logros conseguidos.

RESULTADOS

El resultado inmediato fue la redefinición y clarificación de la situación terapéutica en términos de dónde estamos y hacia dónde queremos ir. Los resultados obtenidos se agrupan entorno a los tres niveles de respuesta del individuo: cognitivo, fisiológico y motórico.

En el ámbito cognitivo sus pensamientos y verbalizaciones han ido evolucionando desde topografías, contenidos y funciones claramente vinculadas a los problemas del sujeto por los que acude a consulta, es decir, lenguaje "zigzageante", lleno de metáforas, expresiones o términos sin sentido; hasta el lenguaje actual del paciente más descriptivo, más preciso y ordenado y sobre todo más en contacto con la realidad.

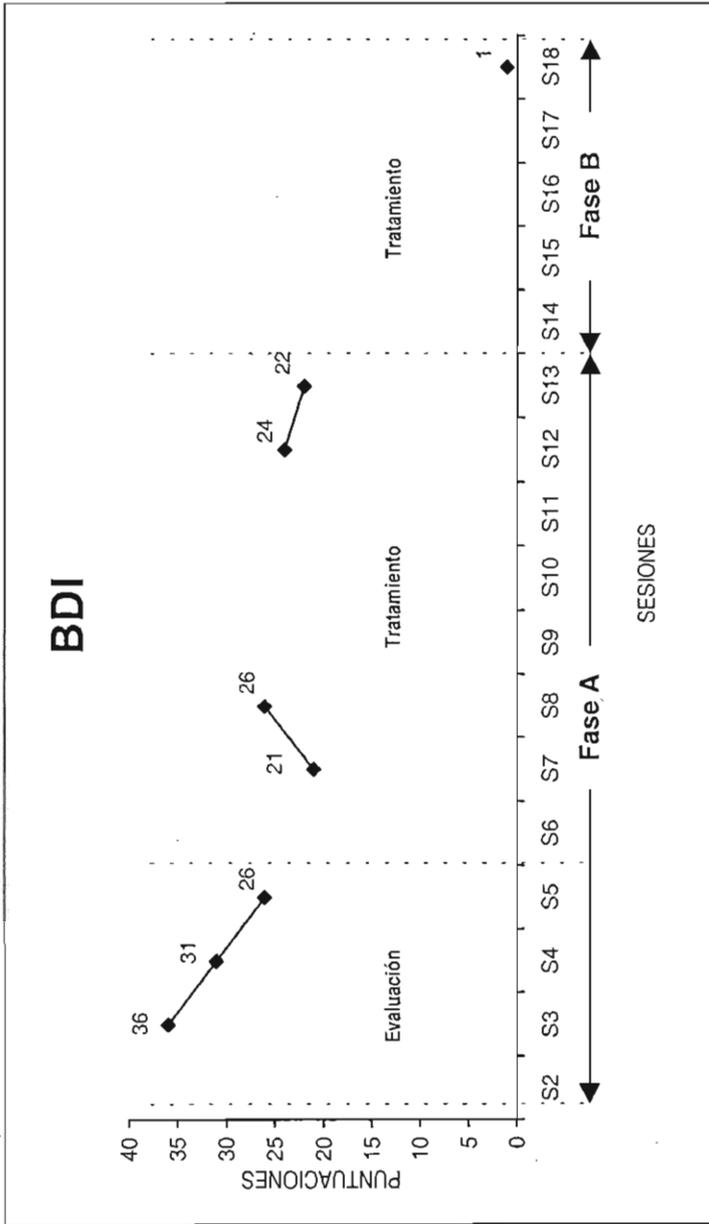
FASE A	FASE B
<p>«me gustaría tener otro empleo adicional, pero como volver con ella es más importante para mí no me apetece ponerme a buscarlo». «tendría que implicarme en otras actividades pero mis pensamientos no me dejan en paz, necesito volver con ella».</p>	<p>«Lo mismo que llegan las cosas se pueden ir. Las armas del ser humano son uno mismo». «quiero buscar estabilidad emocional. De pequeño sufrí maltrato emocional y eso me han influido durante toda mi vida». «yo ya he aprendido mucho, yo ya sé como actuar». «si yo estoy mal, para salir se que tengo que moverme», «he constatado que iba por un camino errado», «me estaba autodestruyendo».</p>

Su mayor motivación sigue siendo el amor pero no es tan extremista como lo era antes. Ya no idealiza tanto a su ex -pareja, ni busca sus características en otras mujeres. En relación con este tema destacamos: *«igual que C. (su nueva pareja) me ha devuelto la ilusión me la puede dar también otra persona».*

Las puntuaciones obtenidas por el sujeto en las pruebas estandarizadas que de nuevo se le han pasado en la última sesión son: BDI: 1 (rango de puntuación de 0 a 9: normal); Listado de Pensamientos de Beck: Puntuación Depresión = 4; Puntuación Ansiedad = 9 (normal).

En el ámbito fisiológico el sujeto informa de ausencia prácticamente (en frecuencia e intensidad) de episodios de ansiedad y la consiguiente desaparición de taquicardias, sudoración, problemas gastrointestinales, etc. Informa igualmente de su mejor apetito y descanso nocturno.

En el ámbito motor, los cambios también acompañan, pues ha buscado activamente empleo, lo ha encontrado y lo está manteniendo, su higiene ha mejorado, así como su implicación y participación en actividades agradables (Ej. Acudir al cine, paseos,...). Tampoco ha vuelto a visitar videntes u otros tipos de atajos emocionales.



Gráfica 2.- Evolución de las puntuaciones en el BDI durante la fases A y B

DISCUSIÓN

Si bien el número de sesiones que se han consumido para implementar las primeras fases de ACT no ha sido el que propone la propia terapia como más idóneo, sorprendentemente se han conseguido cambios clínicamente significativos a la luz de nuestra interpretación que no es otra que la que la propia terapia propone. Uno de los hechos que encontramos más interesante de constatar con este caso, tiene que ver con el efecto que ha tenido para la conducta del paciente, la incorporación de un planteamiento terapéutico que, tal y como pretende, rompe completamente con el conjunto de ideas previas y expectativas con las que muchos pacientes acuden a consulta. Efectivamente, cuando provocamos una situación clínica de esta naturaleza, buscamos limitar en el sujeto, paradójicamente, el uso indiscriminado de aquellas estrategias y elementos de su repertorio que hasta ese momento le han servido para conseguir una vida satisfactoria. De ahí probablemente procede la enorme resistencia que presentan algunos sujetos a dejar de hacer lo que hasta ese momento les ha funcionado y les sigue funcionando en otros ámbitos de su vida. Las herramientas cognitivas que les pedimos dejen de utilizar, para entender y responder de una forma más adaptativa a las demandas de su entorno son, de acuerdo a Hayes y Wilson (1994): a) la literalidad del lenguaje; b) los razonamientos verbales como explicación válida de nuestra conducta; y c) el control cognitivo y emocional entrenado como estrategia de solución de problemas. Un peaje alto sin duda. De alguna forma, buscamos provocar en el sujeto una situación similar a la que se produce cuando visitamos un país en el que se habla un idioma que desconocemos. Cuando esto sucede, la comunicación se interrumpe y las dificultades crecen para conseguir sacar adelante nuestras necesidades y propósitos. Sentirse mal es una consecuencia natural a la incomunicación, pero también es natural buscar formas alternativas de comunicarse si el lenguaje se hace inoperante. En la emergencia de este tipo de procesos confiamos, cuando recurrimos a las terapias de aceptación en general y a ACT en particular. Sin embargo, antes de que puedan aparecer esos procesos regeneradores en el ámbito verbal y emocional es necesario comen-

zar a desactivar y desmontar aquellos otros componentes verbales y emocionales que están elicitando, manteniendo y a veces extendiendo la circularidad de sus comportamientos problema y por tanto renovando la fuerza de los repertorios cognitivo-emocionales disfuncionales. Para conseguir este importante objetivo clínico denominado *desesperanza creativa*, confrontamos al individuo con la posibilidad real de que nunca se “cure”. Es decir, de que nada especial o distinto de su entorno o su comportamiento presente nos permite albergar esperanzas de que podrá salir de su situación problema actual. A continuación pretendemos ayudar al sujeto a identificar y comprender de manera inequívoca qué elementos de su comportamiento le acercan o le alejan de su valor o meta previa y libremente elegido. O lo que es lo mismo, que la falta de relación de comportamientos tan dispares como: comprar un piso para intentar recuperar a su ex-pareja, acudir a un personógrafo y a videntes, hacer promesas y rezos, hablar con la hermana de su ex-pareja, utilizar al hijo, perseguirla, pensamientos recurrentes por reconquistarla, etc., es sólo aparente. Que en realidad se trata de comportamientos que comparten una misma función mantenedora de sus conductas problema. Con este proceso terapéutico de reeducación y reconstrucción emocional se pretende inducir en el sujeto mayor tolerancia a sus emociones evocadas por estímulos aversivos pero sin que evite, escape o ataque (Cordova y Kohlenberg, 1994), o en no evitar, controlar o cambiar los elementos que forman parte de la contingencia (Ferro, 1998), o si ésta (la conducta) aparece o no vinculada a los valores y metas del mismo (Dougher, 1994), lo más interesante en nuestra opinión, ha consistido en observar la emergencia de conductas con parámetros topográficos y de frecuencia similares a las conductas definidas por Kohlenberg y Tsai (1991) como conductas clínicamente relevantes tipo tres (CRBs3)⁴,

4 R.J. Kohlenberg y M. Tsai, en su modelo de terapia FAP (Functional Analytic Psychotherapy) publicado en el año 1991, proponen un sistema de clasificación para agrupar, de manera simplificada, la diversidad de conductas clínicamente relevantes presentes durante las sesiones de intervención. Las llamadas Conductas Clínicamente Relevantes tipo 1 (CRBs1 acrónimo en inglés) están relacionadas con los problemas presentes del cliente y deben reducirse en frecuencia durante el curso de la intervención. Las Conductas Clínicamente Relevantes tipo 2 (CRBs2) son aquellas conductas emergentes durante la intervención en

pero despojadas de su cualidad definitoria más importante, o sea, aparecer a posteriori de la puesta en práctica por parte del sujeto, de repertorios no verbales funcionalmente adaptativos.

Entendemos que este fenómeno conductual, contrario en forma y tiempo al proceso descrito por el mismo autor, puede obedecer a la presencia de algún otro proceso conductual que, si bien acelera la emergencia de conductas con topografía verbal equivalente a la clase denominada como CRBs 3, lo hace sin transferir la totalidad de la función (o funciones) ligada al cambio conductual. De hecho, lo que podemos apreciar es realmente un cambio no sólo en el contenido (topografía) del repertorio del sujeto ligado a describir su situación y su problema, sino una mayor aproximación funcional al cambio, al formular su situación presente en términos de (no) intenciones de cambio, como por ejemplo “ahora mismo se lo que tengo que hacer pero...”. Es como si con esta forma de describir su situación hubiese agotado las justificaciones y dejado el cambio preparado y listo para su adopción en un futuro más o menos mediato. Esta posible interpretación del fenómeno acontecido nos sitúa cerca del modelo de Bandura (1990), al elegir las *intenciones* del sujeto como el último eslabón de la cadena antes de producirse el cambio efectivo. Es decir, como el mejor predictor del cambio conductual. En términos operantes, quizás podamos entender la regla “tener la intención de...” como un “*setting event*” o marco de relaciones de contingencia cognitivo-verbales, que regulen la funcionalidad de repertorios de evitación y escape hasta ese momento controlados por otras contingencias verbales internas, a través de por ejemplo, mejorar la sensibilidad del sujeto a las contingencias externas. Ya que en el lenguaje cotidiano, por ejemplo, el uso de la expresión “tener la intención de...”, generalmente va seguida de aquello que se tiene la intención de, o al menos, en una proporción superior a

la sesión que hacen improbables repertorios disfuncionales como son las CRBs1. Y, por último, las Conductas Clínicamente Relevantes tipo 3 (CRBs3) que se refiere a que el sujeto observe y describa su propia conducta y las relaciones de contingencia entre elementos de la misma. Las dos últimas, lógicamente, han de incrementar su frecuencia progresivamente a lo largo de las sesiones. Referencias explicativas en castellano sobre la nomenclatura que Kohlenberg propone, pueden encontrarse en Ferro y Valero (1998); Luciano (1999); Pérez Alvarez (2001); Ferro (2001); Ferro, Valero y Vives (2000).

otras expresiones verbales que se suelen utilizar como antesala del cambio y que son por ejemplo: "quiero hacer...", "me gustaría que...", "estoy seguro de que voy a..."; "Creo que..."; "voy a intentar...", etc.

A la luz de los datos clínicos disponibles hasta ese momento de la terapia podríamos decir que hasta aquí ha llegado la magnitud del cambio que nuestra intervención ha proporcionado al sujeto. Si nos comportamos como terapeutas exigentes podríamos incluso cuestionar la eficacia pregonada desde la terapia de aceptación sustitutiva que incorporamos en la segunda parte de nuestra intervención. Sin embargo, como terapeutas y científicos hemos de estar abiertos y alertas a la aparición de elementos no previstos en el escenario de contingencias analizado y/o a la modificación no controlada de alguno de sus parámetros, tal y como ha sucedido en nuestro caso. No sólo para continuamente revisar nuestra forma de describir esos fenómenos y sobre todo de hacer, es decir, intervenirlos, sino sobre todo y esto es lo más importante que podemos reseñar de los hechos que narramos aquí, advertir de nuestras limitaciones a la hora de reconocer la función potencial de algunas variables que, si bien aparentemente pueden interpretarse como fracaso terapéutico, en realidad pueden estar larvando una función clínicamente relevante sólo verificable en situaciones y momentos no siempre accesibles al terapeuta. Al fin y al cabo en pocas ocasiones podemos garantizar las condiciones que controlan el moldeamiento y el mantenimiento de las mejoras o cambios terapéuticos (Zettle, 1994). Efectivamente, entre la penúltima y la última de las sesiones mantenidas con el sujeto, se han producido acontecimientos no controlados por el terapeuta, que claramente han alterado el escenario de variables y relaciones entre las mismas recogido en el AF inicialmente presentado. Podemos decir sin miedo a equivocarnos, que si bien la validez clínica del Análisis Funcional realizado en este caso y en cualquier otro, normalmente viene dada porque los cambios operados sobre las variables identificadas como relevantes y sus correspondientes funciones hipotetizadas sean comprobadas en la realidad, en otras ocasiones dicha validez puede también comprobarse, por la capacidad del modelo, que representa ese AF, para acomodar y explicar otros cambios procedentes de variables no controlables para el terapeuta. El AF practicado en este caso clínico se ajusta

a este segundo supuesto. Es decir, que los dos cambios registrados, no previstos y más importantes desde el punto de vista clínico que se han producido durante este tiempo, están ligados no a la aparición de nuevas variables antecedentes con función causal en el escenario de nuestro AF, ni a la emergencia de contingencias no identificadas y por tanto no tenidas en cuenta al inicio, sino a que el valor de una de las variables hipotetizadas con función causal y consideradas como no manipulable, debido a su escasa accesibilidad como era el caso de Las Señales Ambiguas de la Familia Política (ver Figura 1), ha cambiado. Y lo ha hecho de manera contundente e irreversible amenazándole (su familia política) de manera clara y directa, e involucrando además a su propia familia, la cual también le ha amenazado con echarle de casa si no deja de interferir en la vida de su excompañera. El otro cambio importante registrado, tampoco está vinculado aparentemente a ninguna actividad directamente inducida por el trabajo terapéutico previamente realizado. Este tiene que ver con que el sujeto ha conocido "por azar" a una persona que se ha convertido en su nueva pareja. Ambos cambios, difícilmente predecibles, elicitable o manipulables, en las condiciones en las que se implementaba la terapia, han provocado importantes reajustes entre las variables identificadas con función elicitoras y/o mantenedoras de las conductas problema analizadas, las propias conductas problema y sus respectivas consecuencias asociadas.

Nuestro juicio clínico sobre la progresiva aproximación funcional al cambio de conducta, que parecían encerrar sus verbalizaciones sobre intenciones de cambio analizadas anteriormente, parece cumplirse a la luz de los datos clínicos recogidos en la última sesión. La normalidad que se aprecia en el comportamiento actual del sujeto en los tres niveles de respuesta, es decir, mayor normalización de su lenguaje, menor presencia de respuestas psicofisiológicas exacerbadas y más actividades y comportamientos prosociales, procede de la observación realizada dentro de la sesión, de los autorregistros aportados por el sujeto y de las puntuaciones recogidas en las pruebas estandarizadas y que aparecen recogidas en la sección de resultados.

Por tanto, si bien parece claro que el origen de los cambios contextuales clínicamente relevantes que se han producido, no está

en procesos o acciones directamente provocadas por el terapeuta, si parece razonable atribuir los nuevos parámetros de distanciamiento, relatividad y reflexividad presentes en las respuestas del sujeto a las demandas de su entorno, a un mayor control contextual de su comportamiento ausente antes de la terapia. Es decir, a la presencia y dominancia de procesos cognitivo-verbales y emocionales correctores vinculados a lo que su experiencia le dice (no su razón).

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association** (1994/1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), Barcelona: Masson.
- Avila, A.** (1986). *Lista de adjetivos para la depresión de Bernard Lubin (DACL)*. Monografía técnica. Madrid: Facultad de Psicología. UCM.
- Bandura, A.** (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and Program Planning*, 13, 9-17
- Bas, F., y Verania, A.** (1996a). Diagnóstico, evaluación de la severidad y análisis funcional de la depresión. En Buela-Casal, G.; Caballo, V. y Sierra, J.C. (1996), *Manual de Evaluación Clínica y de la Salud* (pp.179-226). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Bas, F., y Verania, A.** (1996b). Evaluación de los procesos y constructos psicológicos de la depresión. En Buela-Casal, G.; Caballo, V. y Sierra, J.C. (1996), *Manual de Evaluación Clínica y de la Salud* (pp.227-267). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Beck, A.T., y Freeman, A.** (1992/1995). *Teoría cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. y Emery, G.** (1979/1983). *Teoría cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. y Emery, G.** (1979/1995). Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory) - BDI. En M.I. Comeche, M.I. Díaz, y M.A. Vallejo, *Cuestionarios, inventarios y escalas, ansiedad, depresión y habilidades sociales* (pp. 186-193). Madrid: Fundación Universidad- Empresa.
- 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.

- Cordova, J., y Kohlenberg, F.J.** (1994). Acceptance and the Therapeutic Relationship. En S.C. Hayes; N.S. Jacobson; V.M. Follette; y M.J. Dougher (Eds.). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Reno: Context Press.
- Dougher, M.J.** (1994). The act of acceptance. En S.C. Hayes; N.S. Jacobson; V.M. Follette; y M.J. Dougher (Eds.), *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy* (pp. 37-45). Reno: Context Press.
- Ferro, R.** (1998). La aceptación y la terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta, 94*, 217-237.
- Ferro, R.** (2001). La depresión: algunas consideraciones críticas en su tratamiento. *Análisis y Modificación de Conducta, 27*, 187-204.
- Ferro, R. y Valero, L.** (1998). Psicoterapias Conductistas: nuevos enfoques clínicos. *Psicologemas, 12*, 31-62.
- Ferro, R., Valero, L., y Vives, M.C.** (2000). Aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional. Un análisis clínico de un trastorno depresivo. *Análisis y Modificación de Conducta, 106*, 291-317.
- Follette y M.J. Dougher** (Eds.). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Reno: Context Press.
- Hamilton, M.** (1960/1995). Escala de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton rating scale for depresión) - HRSD. En M.I. Comeche, M.I. Díaz, y M.A. Vallejo, *Cuestionarios, inventarios y escalas, ansiedad, depresión y habilidades sociales* (pp. 165-173). Madrid: Fundación Universidad- Empresa.
- Hayes, S.C.** (2000). *Workshop on ACT*. (Material inédito)
- Hayes, S.C., y Hayes, L.J.** (1992). Some clinical implications of contextualistic behaviorism: The example of cognition. *Behavior Therapy, 23*, 225-249.
- Hayes, S.C.; McCurry, S.M., Afari, N., y Wilson, K.** (1991). Acceptance and Commitment Therapy (ACT). A Therapy Manual for the Treatment of Emotional Avoidance (Material Mimeografiado). Reno: Context Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G.** (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: The Guildford Press.
- Hayes, S.C., y Wilson, K.G.** (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the verbal Support for Experiential Avoidance. *The Behavior Analyst, 17*, 289-303.
- Haynes, S.N. y O'Brien, W.** (2000). *Principles and Practice of Behavioural assessment*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Kohlenberg, R., y Tsai, M.** (1991). *Functional Analytic Psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Luciano, M.C.** (1999). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y psicoterapia analítica funcional (FAP). Fundamentos, características y precauciones. *Análisis y Modificación de conducta, 102*, 497-584.

- Luciano, M.C.** (2001). Sobre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la terapia de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 113, 317-332.
- Luciano, M.C., y Hayes, S.C.** (2000). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Mcfadyen, M.** (1989). The cognitive invalidation approach to panic. En R. Baker (Ed.), *Panic disorder: Theory, research and therapy* (pp- 281-300). Chichester: John Wiley & Sons.
- Pérez Alvarez, M.** (1996a). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Ed. Universitas, S.A.
- Pérez Alvarez, M.** (1996b). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Alvarez, 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*, 1, 15-33.
- Zettle, R.D.** (1994). On the use of Acceptable Language. En S.C. Hayes; N.S. Jacobson; V.M. Follette; y M.J. Dougher (Eds.). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Reno: Context Press.
- Zettle, R.D., y Hayes, S.C.** (1986). Disfunctional control by client verbal behavior: the context of reason-giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.