

Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso a un caso de fobia a la sangre

Carolina Castaño Díaz.

*Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental de Usera
Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid*

José Fernando Venceslá Martínez

*Psicólogo Clínico. Unidad de Salud Mental Comunitaria Montilla
Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba*

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es presentar la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en un paciente de 38 años con fobia a la sangre. El problema se conceptualizó desde un punto de vista funcional como un Trastorno Evitativo Experiencial. La intervención se llevó a cabo en formato individual durante 20 sesiones más dos de seguimiento. El objetivo principal de la intervención consistió en generar en el paciente la habilidad para contactar con cualquier experiencia que surja en la circunstancia presente y responder a ella con acciones que permitan avanzar en direcciones de valor importantes para él. Las medidas de ansiedad y depresión pre y post-test empleadas, mostraron una mejoría significativa al final del proceso psicoterapéutico, tanto en el componente fóbico como en su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Hematofobia; fobia a la sangre-inyecciones-heridas; Terapia de Aceptación y Compromiso; trastorno de evitación- experiencial.

ABSTRACT

The objective of this work is to present the application of Acceptance and Commitment Therapy in a 38 year old patient with blood phobia. The problem was conceptualised from a functional point of view as an Experiential Avoidance Disorder. The procedure was carried out using a format of 20 individual sessions plus two follow up ones. The main objective of the procedure consisted in generating in the patient the ability to connect with any experience that might arise in the present circumstance and to respond to it with actions that allows advancement in directions that have important values for him. The assessment of anxiety and depression pre and post-test used, showed a significant improvement at the end of the psychotherapeutic process, both on the phobic side as well as with quality of life.

KEYWORDS

Blood-phobia; blood-injection-injury phobia; Acceptance and Commitment Therapy; experiential avoidance disorder.

Recibido: 02/02/2019; aceptado: 11/05/2019.

Correspondencia: Carolina Castaño Díaz. Centro de Salud Almendrales. Calle Visitación, 5, 2ª planta (Salud Mental). CP 28026. Madrid.
E-mail: carolinacastanodiaz@gmail.com

La hematófobia o fobia a la sangre es una fobia específica que se define como el miedo y la evitación de situaciones relacionadas directa o indirectamente con la sangre, las inyecciones y las heridas (Marks, 1991). Se asemeja al resto de los trastornos fóbicos en la adopción de conductas de evitación y/o escape de las situaciones fóbicas (p. ej., salas de curas) y la presencia de pensamientos anticipatorios en relación con dichas situaciones (Borda, 2001). Presenta también una peculiaridad que la distingue del resto de fobias, consistente en un patrón de respuesta psicofisiológico al que se ha denominado *respuesta bifásica*. La fase inicial de esta respuesta se caracteriza por un aumento de las tres medidas psicofisiológicas más relevantes: ritmo cardíaco, presión arterial y tasa respiratoria, seguida por un descenso brusco de estos parámetros, que puede llevar al mareo y terminar en desmayo hasta en el 70-80% de los pacientes (Dahlhof & Óst, 1998; Vázquez & Buceta, 1990).

Los trastornos fóbicos constituyen uno de los trastornos más prevalentes en la población, y dentro de ellos, las fobias específicas ocupan un lugar predominante. A pesar de su alta prevalencia, únicamente un pequeño porcentaje de casos parece buscar ayuda para ello. Una posible explicación puede ser que la mayor parte de las personas con este tipo de problemas no consideran que éste sea tan perturbador como otros tipos de trastornos psicopatológicos. En la fobia específica el grado de perturbación puede llegar a ser tolerable especialmente si la situación temida no tiene que ser afrontada frecuentemente o si ésta puede ser fácilmente evitada. Pero como ya señalaron

Borda, Antequera y Blanco (1996), el interés clínico por la hematófobia deriva de que el malestar que provoca en las personas que la padecen puede producir una incapacitación para afrontar situaciones en donde son necesarias intervenciones médicas, con el consiguiente perjuicio para su salud.

Hasta el momento y al igual que en otras fobias, los tratamientos aplicados se basan principalmente en la exposición del sujeto al estímulo fóbico (Ayala, Meuret, & Ritz, 2009; Bados & Coronas, 2007; Capafons, 2001; González, 2012; Hagopian, Crockett, & Keeney, 2001; Nieto & Mas Hesse, 2002). Otras técnicas con las que se ha tratado este problema y que han mostrado también su eficacia son la desensibilización sistemática, la reestructuración cognitiva, la desensibilización mediante movimientos oculares rápidos y la combinación de terapia cognitiva e hipnosis (De Jongh, 1999; Espada, Méndez, & Orgilés, 2004; González, 2012). Sin embargo, hasta el momento la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para el abordaje de casos de fobia a la sangre es muy poco frecuente en la literatura especializada (Ruiz & Odriozola-González, 2017).

El fundamento de las técnicas de exposición tradicionales consiste en contrarrestar la tendencia a la evitación y al escape de la ansiedad mediante el contracondicionamiento que se dirige a la extinción de las funciones aversivas, de modo que el resultado esperable sería la disminución de la ansiedad frente a las claves que antes la elicitan. Se trata, pues de una técnica eliminativa dirigida claramente al control de la ansiedad. Sin embargo, estudios

experimentales han concluido que las funciones de evitación no se extinguen cuando están condicionadas a las funciones aversivas, y aún cuando se produce un contracondicionamiento o extinción de las aversivas, las evitativas se mantienen o reaparecen dependiendo del contexto. Esto es, los individuos que aprenden a evitar en presencia de miedo, por ejemplo, en situaciones ambiguas, incluso cuando el miedo desapareciera, continuarían evitando, como una especie de clase de comportamiento anticipatorio y de prevención. De forma que los esfuerzos por extinguir las funciones aversivas serían estériles dado que las funciones discriminativas de evitación permanecerían intactas (Páez & Gutiérrez, 2012).

Como alternativa a los enfoques cognitivos y conductuales, en los últimos años se ha desarrollado la denominada *Tercera Ola de Terapias de Conducta* (Hayes 2004) o *Terapias de Tercera Generación*, un grupo específico de terapias surgidas desde la tradición conductual. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), desarrollada por Steven Hayes, es probablemente la más conocida y ampliada de todas ellas. Tiene su base en la Teoría del Marco Relacional (RFT). La RFT es una teoría del lenguaje y la cognición humana, con base filosófica en el contextualismo funcional, que estudia experimentalmente el aprendizaje de eventos psicológicos como sentimientos, pensamientos y conductas, resituándolos en el contexto de sus funciones interpersonales (Pérez Álvarez, 2014; Törneke, 2015).

La ACT supone un nuevo modelo prometedora en auge de la terapia de conducta, que incorpora intervenciones de atención plena

y aceptación (Luciano, 2016). El modelo de la ACT sostiene que la psicopatología se debe en gran parte a la *fusión* con pensamientos y sentimientos angustiantes y la consiguiente lucha por controlar o eliminar este tipo de experiencias (Hayes et al., 1999; Ruíz, 2010).

Autores como Barraca (2011) y Páez y Gutiérrez (2012) señalan que hoy en día las técnicas utilizadas por los enfoques tradicionales (centradas como ya se ha señalado en la extinción, disminución y/o cambio de los pensamientos intrusos para la reducción o eliminación del malestar), han sido cuestionadas tanto desde la investigación básica como desde el campo clínico aplicado. Como alternativa, las terapias de tercera generación ofrecen un enfoque muy distinto, proponiendo recurrir ante el malestar emocional a métodos de aceptación y *mindfulness*.

Aunque las terapias de tercera generación provienen de la tradición de la terapia de conducta, presentan importantes diferencias respecto a ella: abandonan el compromiso de utilizar exclusivamente cambios de primer orden, adoptan asunciones de corte más contextualista, utilizan estrategias de cambio más experienciales y amplían y modifican de forma considerable el objetivo a tratar o cambiar (Hayes, 2004).

Una de las diferencias más importantes se encuentra en el uso de la exposición en la ACT, el cual difiere del uso más clásico de la técnica porque no va dirigida a controlar y extinguir la ansiedad y el malestar. El objetivo en la ACT es reconceptualizar el malestar, aprendiendo a estar con él y a permanecer en presencia de las vivencias internas mientras se actúa de una

manera más libre, flexible y guiada por los propios valores. Lo que le interesa a la ACT de la exposición es su sentido más funcional. El objetivo último es flexibilizar la reacción del paciente al malestar y desarrollar patrones cada vez más amplios de acciones vinculadas a los valores elegidos por la persona. Para lograr estos objetivos, la ACT se sirve fundamentalmente de ejercicios experienciales, técnicas de atención plena y metáforas.

Por todo ello la ACT se convierte en una potente alternativa a los tratamientos para la ansiedad más tradicionales. Teóricos como Eifert y Heffner (2003) han propuesto que los enfoques basados en la aceptación y en la elección voluntaria de experimentar ansiedad (observación con atención plena de la ansiedad: contexto de aceptación) en lugar de hacer hincapié en la reducción de la ansiedad (control de síntomas: contexto de control) pueden aumentar la receptividad de los pacientes a participar en la terapia de exposición y disminuir por tanto la evitación conductual. Otra particularidad de la ACT que puede facilitar aún más la exposición es su énfasis en la clarificación de valores personales y el compromiso con los comportamientos dirigidos a esos valores identificados por el paciente. En definitiva, proponer una intervención donde el fin último se sitúe al servicio de los valores de la persona supone un fuerte apoyo a la motivación, a la adherencia al tratamiento y a la generalización del cambio, lo que supone fuertes ventajas sobre otros abordajes existentes.

Por otra parte, según Luciano y Hayes (2001) un creciente número de estudios señalan que muchos de los trastornos diferenciados en los sistemas diagnósticos al uso (DSM o CIE), como

son el grupo de las fobias y entre ellos la hematofobia, tienen en común un tipo de regulación del comportamiento consistente en la realización de intentos recurrentes para no entrar en contacto con el malestar o para escapar de él. A este tipo de regulación inflexible se le ha denominado Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Luciano & Hayes, 2001).

De acuerdo con Hayes, Strosahl y Wilson (2014), como alternativa a la evitación experiencial y al tradicional abordaje con la exposición clásica, la ACT busca incrementar la flexibilidad psicológica, esto es, generar la habilidad para contactar momento a momento con cualquier experiencia que surja en la circunstancia presente y responder a ella con acciones que permitan avanzar en direcciones de valor importantes para la persona. Desde este enfoque se considera que la rigidez psicológica es raíz del sufrimiento humano y del funcionamiento desadaptado (Hayes, 2014).

Se han publicado en la literatura científica estudios de caso sobre trastornos de ansiedad llevados a cabo con la ACT (Block, 2002; Block & Wulfert, 2000; Dalrymple, 2007; Morón, 2005; Ossman, 2006; Zettle, 2003). En estos estudios se ha demostrado que la ACT es efectiva para reducir la evitación experiencial, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

A continuación se presenta un estudio de caso abordado mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso. Dado que el caso se enfocó desde un punto de vista funcional como un caso de *trastorno evitativo experiencial* con topografía de fobia a la sangre-inyección-herida (APA, 2013), el tratamiento de elección fue la Terapia de Aceptación y Compromiso, por ser

un tratamiento que permite el abordaje de la evitación experiencial. El objetivo del estudio consiste en determinar la eficacia de la ACT en el abordaje de un caso de hematófobia.

Método

Participante

El paciente es un varón de 38 años (en adelante M) que convive con su pareja y sus dos hijos. Describe sus relaciones sociofamiliares y de pareja como muy satisfactorias y al momento de la exploración goza de buen estado de salud. Durante su juventud fue diagnosticado del síndrome de Wolff-Parkinson-White, una afección del corazón que puede llevar a períodos de frecuencia cardíaca rápida. Sin otras enfermedades de interés en su historial médico. Tiene estudios universitarios y desempeña trabajos en los cuales es importante la capacidad para autocontrolarse ante la presencia de sangre. No tiene antecedentes familiares de trastornos de ansiedad u otros trastornos mentales, si bien describe en su padre y abuela paterna cierto rechazo hacia todo lo que tenga que ver con el ámbito hospitalario.

Motivo de la consulta

M es derivado a la Unidad funcional de Psicoterapia de Salud Mental del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, para la realización de un abordaje intensivo psicoterapéutico. En esta unidad se llevan a cabo intervenciones específicas realizadas por residentes de psicología clínica y supervisadas por psicólogos clínicos adjuntos.

M consulta debido a la alta ansiedad que experimenta cada vez que tiene que acudir a un

hospital para enfrentarse a un procedimiento médico o que presencia una situación relacionada con estos temas, como ver sangre o heridas o escuchar conversaciones sobre ello. El paciente describe este malestar como reacciones de aceleración del ritmo cardíaco, tensión muscular, sudoración en las manos, mareo y sensación de falta de aire. Cuando presencia alguna situación de este tipo deja de prestar atención a cuanto ocurre a su alrededor y termina centrándose casi exclusivamente en sus propias reacciones privadas (pensamientos en forma de imágenes sobre todo). Su principal preocupación cuando se siente así es el *miedo a perder el control*.

Además, sufre una alta ansiedad anticipatoria. Aproximadamente una semana antes de la cita en el hospital o de la situación que le produce ansiedad siente tensión muscular, disminución del apetito, náuseas, molestias de estómago, pensamientos recurrentes anticipatorios en forma de imágenes relacionados con la situación a la que ha de enfrentarse y a medida que se aproxima la fecha comienza a contemplar la posibilidad de evitar la situación, aunque siempre procura convencerse de que debe afrontarla.

Cuando finalmente termina por enfrentarse a la situación, en la mayoría de ocasiones lo hace recurriendo a técnicas de distracción cognitiva, como repasar mentalmente algo que ha leído recientemente o contando números hacia atrás.

El miedo a exponerse a los estímulos fóbicos promueve por una parte la respuesta de evitación, y por otra parte, la idea de evitar la situación hace emerger sentimientos de frustración por sentirse incapaz de controlarla.

La sintomatología que describe M viene a formar parte de lo que en el DSM 5 ha venido a denominarse *fobia específica*, subtipo *sangre-inyección-herida* (APA, 2013). 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 se encuadraría dentro de lo que se ha venido a llamar *trastorno evitativo experiencial* (TEE) (Luciano & Hayes, 2001).

Historia del problema

El problema de M comenzó a los 14 años, mientras escuchaba una conversación mantenida por unos familiares sobre una operación o alguna herida. Debutó con síncope vasovagal. No recuerda ningún pensamiento ni emoción anterior al desmayo. Refiere haber vivido como algo normal el episodio que sufrió, pues en su familia reaccionaron con tranquilidad. No recuerda con precisión cuándo sucedió la siguiente situación relacionada. Desde entonces comenzó a presentar miedo intenso hacia aspectos relacionados con temas médicos, la sangre o las heridas. Comenzó a desarrollar un patrón de conductas de evitación y escape a estas situaciones, consiguiendo sentirse inmediatamente mejor.

Estado actual de la conducta problema

Al llegar a consulta M refería que este problema había llegado a suponer una limitación importante en su vida cada vez que se ponía enfermo y necesitaba ir al médico. También le suponía un obstáculo cuando sus hijos necesitaban ir al pediatra, cuando viendo la televisión

o en el cine aparecían imágenes relacionadas con la sangre o cuando alguien de su entorno comentaba algo relacionado con estos temas. Además, se sentía muy frustrado por no poder asistir a sus hijos cuando se hacen una herida. Este problema le suponía también una limitación en su trabajo por la dificultad que sentía para afrontar estas situaciones. Su entorno social conocía el problema e intentaba evitar conversaciones relacionadas con la sangre o temas médicos delante de él.

El paciente no buscó ayuda profesional ni recurrió a psicofármacos en ningún momento, salvo para acudir al dentista que lo hacía con un comprimido de diazepam.

En definitiva, poseía un amplio repertorio de estrategias dirigidas a la evitación y al control de su malestar.

Análisis y descripción de las conductas problema

La principal conducta problema de M es la incapacidad para afrontar situaciones relacionadas con sangre, heridas o pruebas médicas. Ante estas situaciones siente un nivel intenso de ansiedad que se manifiesta de la siguiente manera:

1. Nivel fisiológico: tensión muscular, taquicardia, aceleración de la respiración, sequedad bucal y sudores fríos.
2. Nivel cognitivo: pensamientos en forma de imágenes relacionadas con la situación.
3. Nivel emocional: principalmente miedo.
4. Nivel motor: inquietud, conductas de escape y evitación.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Las metas clínicas que se establecieron fueron la tolerancia a la ansiedad. Es decir:

1. Poder acudir a contextos hospitalarios.
2. Poder realizarse pruebas médicas.
3. Poder presenciar conversaciones o escenas relacionadas con sangre o heridas.
4. Poder atender a sus hijos cuando se realizasen un daño.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Concretamente, las conductas objeto de intervención son las conductas de evitación experiencial, por lo que no se trata de eliminar unas conductas concretas, sino un tipo de respuesta. El objetivo fundamental ha sido generar flexibilidad psicológica, entendida como la habilidad de contactar con el momento presente, notar las propias reacciones tal como aparecen (la ansiedad, el temor a que la ansiedad se dispare, el miedo a desmayarse, los pensamientos anticipatorios, la sensación de no ser capaz de controlar su ansiedad, etc.) y según lo que la situación demande, cambiar o persistir en el comportamiento, con la mirada puesta en lo que el paciente valora y desea.

Hay que señalar que, a pesar de haber sufrido síncope vasovagales en algunas ocasiones al exponerse a los estímulos fóbicos, M no sentía miedo al desmayo. Aun así, dado que presentaba una historia de desmayos y la posibilidad de sufrir algún daño físico si se producían durante las exposiciones, se decidió introducir en la intervención la técnica de tensión aplicada desarrollada por Öst y Sterner (1987). El objetivo de esta técnica es que el paciente

aprenda a identificar los primeros síntomas del síncope vasovagal y sea capaz de aumentar su presión arterial en el momento apropiado.

A priori, podría parecer que el objetivo de la técnica de tensión aplicada (prevención del desmayo) es opuesto a uno de los objetivos más importantes de la ACT (disminución de las conductas de evitación). Es importante reflejar aquí dos aspectos. Primero, la técnica de tensión aplicada está orientada a la disminución o eliminación de las conductas de evitación, puesto que supone una herramienta para afrontar la situación generando una percepción de autoeficacia y por tanto aumentando la confianza del paciente en sí mismo (Borda, 2001). En segundo lugar, hay que destacar que el objetivo fundamental de la ACT no es la eliminación de toda respuesta de evitación, sino generar flexibilidad en las acciones y respuestas del paciente ante el malestar, pudiendo elegir cómo responder en cada ocasión sin estar limitado por las conductas de evitación. Por lo tanto, entrenar al paciente en la técnica de tensión supone añadir una herramienta a su repertorio de respuestas, generando mayor seguridad en sí mismo y facilitando la disposición y apertura a las exposiciones.

Instrumentos

Siguiendo el protocolo de evaluación de la unidad de psicoterapia, se emplearon los siguientes registros y medidas de evaluación:

- *Entrevista inicial.* Se registró el tipo de situaciones ansiógenas para el paciente, la intensidad de la ansiedad que experimentaba, las estrategias de control que utilizaba (ir acompañado, ansiolí-

ticos, técnicas de distracción, escape y evitación de determinadas situaciones ya indicadas) y los síntomas principales (pensamientos anticipatorios, tensión muscular, taquicardia y sudores fríos). Se recogió también información acerca de cómo estaba afectando este problema a su vida y de la utilidad que estaban teniendo las conductas de evitación y escape tanto a corto como a largo plazo. Con esta información se elaboró un esquema de análisis funcional similar al utilizado por otros autores en otros estudios de caso con la ACT (Morón, 2005).

- *Cuestionario de Auto-Evaluación de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* de Spielberger, Gorsuch y Lushene (2008). M obtuvo un centil de 20 en ansiedad rasgo y un centil de 40 en ansiedad estado.
- *Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER)* de Spielberger (2008). Obtuvo un centil de 35 en depresión rasgo y un centil de 55 en depresión estado.

Como medida de cambio se utilizó el número de actividades encaminadas a valores que M realizaba entre sesiones a pesar de generarle malestar, entendidas estas como aquellas acciones que el paciente quería hacer por ser importantes en su vida.

Procedimiento

El tratamiento se realizó en formato individual, con una duración media de las sesiones de 60 minutos, con periodicidad semanal. El número total de sesiones fueron 22 incluyendo las dos sesiones de evaluación y otras dos de seguimiento.

El esquema de intervención siguió el modelo propuesto por Hayes et al. (2014). El orden de las fases de la intervención se fue adaptando a las necesidades del caso, pues siguiendo al autor, la decisión sobre el punto de partida de la terapia y el orden de la intervención ha de tomarse en función de cada caso.

En la primera sesión se realizó la entrevista inicial donde se recogió toda la información necesaria.

En la segunda se realizó, junto con el paciente, una jerarquía con las situaciones ansiógenas ordenadas según la intensidad de la ansiedad que le generaban y se le explicó cómo se producía la hematófobia (Borda, 2001; Marks, 1991) y por qué se producían los síncope vasovagales (Borda, 2001; Vázquez & Buceta, 1990). Se enseñó también al paciente la técnica de tensión aplicada.

Como ya se explicó más arriba, la fobia a la sangre se caracteriza por la presencia de un patrón de respuesta psicofisiológico denominado respuesta bifásica, que consiste en un incremento inicial de la presión sanguínea y de la tasa cardiaca y respiratoria, seguido de una caída rápida de estos parámetros que suele llevar al mareo o terminar en desmayo en un gran porcentaje de pacientes. Para el abordaje de este problema la técnica de elección es la tensión aplicada, desarrollada por Öst y Sterner (1987). Se explicó al paciente que la utilidad de la tensión residía en aplicarla justo en el momento en que percibiera que se encontraba próximo a un desmayo. Para ello, se le pidió que describiera los síntomas que sentía poco antes de desmayarse, identificando que los habituales eran sensación de debilidad, sudores

Tabla 1

Fases de la terapia y componentes utilizados

Fases de la terapia	Componentes utilizados
Entrenamiento en tensión aplicada	Técnica de tensión aplicada
Desesperanza Creativa	Confrontar al paciente con sus intentos de solución y resultados obtenidos.
Valores	Exploración y trabajo con valores en las diferentes áreas vitales desde la primera sesión a través de la entrevista.
Fusión. Cuestionar la confianza en las reglas programadas	Ejercicio ¿cuáles son los números? Metáfora de la persona en el hoyo
Defusión	Ejercicio de hojas en una corriente Ejercicio de observando el tren de la mente Exposición en imaginación y en vivo Mindfulness
Aceptación y disposición	Metáfora de la persona en el hoyo Metáfora de Paco el vagabundo Ejercicio de saltar Ejercicio de exposición a sensaciones corporales Ejercicio de fisicalización
El control es el problema	Metáfora del polígrafo Tarea del pastel de chocolate
Compromiso	Metáfora del jardín

fríos, opresión en la garganta, visión borrosa, inestabilidad y sensación de mareo. Se le indicó cómo tensar los músculos del cuerpo hasta sentir calor. Por último, se practicó la técnica intercalando periodos de tensión y de distensión sin relajación, y se repitió el ejercicio varias veces. Se le pidió que practicara en casa 5 veces al día realizando 7 repeticiones en cada práctica (ver anexo).

Las sesiones siguientes se abordaron desde un enfoque de la ACT.

La exploración y el trabajo con los valores del paciente en las diferentes áreas vitales, se realizó de manera transversal a lo largo de todas las fases de la terapia a través de la entrevista.

La primera fase se dedicó a establecer lo que se ha denominado como *desesperanza creativa*, cuyo objetivo consiste en facilitar que el

paciente experimente la discrepancia entre lo que quiere, lo que hace y lo que consigue, o en otros términos, llevarlo a contactar con la escasa funcionalidad de los intentos de evitación del malestar y la limitación que ello supone en su vida (Hayes et al., 2014). Para ello se analizaron los intentos que el paciente había hecho para intentar controlar su ansiedad (escape o evitación de situaciones que le causaban malestar), confrontando los resultados que había experimentando hasta el momento (persistencia y/o aumento de la ansiedad) frente a los que esperaba tener (eliminación de la ansiedad). El contraste entre lo que las reglas culturales que guían nuestra mente dicen que debería ocurrir y lo que está ocurriendo realmente es la pieza esencial para crear un contexto diferente para el cambio (Hayes, 2014 et al., 2014). El análisis de estos aspectos confrontó a M con el hecho

ineludible de que su vida se había estrechado debido a la evitación; cayendo en la cuenta de que cuanto más trabajaba para quitarse la ansiedad, los temores y el malestar, se sentía cada vez peor y el problema se mantenía igual.

En la segunda fase se trabajó sobre la fusión y la confianza en las reglas programadas. El modelo ACT sostiene que el sufrimiento tiene lugar cuando la gente se cree fuertemente el contenido literal de su mente y se *fusióna* con sus cogniciones. Como explica Hayes et al. (2014) la fusión consiste en mezclar los procesos verbal-cognitivos con la experiencia directa de manera que el individuo no puede diferenciar entre ambos. Por su propia naturaleza, la fusión constriñe nuestro repertorio de respuestas en determinados ámbitos. Para trabajar este aspecto se enseñó a M a separar los procesos cognitivos que estaban operando de los productos cognitivos, para así poder establecer un contacto más directo con los fenómenos verbales como lo que son en realidad y no con lo que dicen ser. Se emplearon ejercicios como el de ¿cuáles son los números? y la metáfora de la persona en el hoyo.

Trabajo con *defusión*: aunque de manera ilustrativa se ha reflejado como una fase posterior en el trabajo realizado con M, en la práctica se llevó a cabo de forma paralela al trabajo sobre la fusión, por ser la alternativa que propone la ACT a este proceso. Defusionar consiste en dar un paso atrás voluntariamente, distanciarse de la mente y observar el proceso que está teniendo lugar («soy consciente de que estoy visualizando una inyección gigante», «estoy teniendo el pensamiento de “no soportaría que algo así me pinchara”»). Una de las metas de la

defusión consiste en lograr la deliteralización de las palabras-conceptos. De esta manera, la defusión permite a la persona librarse del enredo innecesario con las vivencias y acontecimientos internos angustiosos e indeseados para pasar a considerarlos, sin juzgarlos, como una mera actividad del propio funcionamiento mental.

La defusión se trabajó mediante ejercicios destinados a separarse de las experiencias internas, como el ejercicio de las hojas en una corriente con el objetivo de enseñarle a diferenciar entre *tener un pensamiento* y *quedar atrapado por el pensamiento*, o el de observando el tren de la mente. La defusión conduce a disminuir la credibilidad o el apego a los pensamientos, y por tanto una actitud más objetiva y distanciada respecto a éstos (pues es más cierto darse cuenta de que se está pensando: «ahora estoy pensando que me voy a marear si veo la herida», en vez de creer literalmente: «me marearé si veo la herida»).

A continuación se trabajó el componente de *aceptación*. Esta es la alternativa a la evitación experiencial. La aceptación supone una postura intencionalmente abierta, receptiva y flexible con respecto a la experiencia momento a momento (Pérez Álvarez, 2014). Para corregir el problema de la evitación vivencial, se enseñó a M a *hacer espacio* a la ansiedad sin enredarse en esfuerzos inútiles por eliminarla, controlarla o huir de ella y, además, a explorar el vaivén de esas ansiedad con una actitud de curiosidad auténtica y de autocompasión. En esta etapa se invitaba a M a dejarse tener ansiedad mientras participa en un comportamiento dirigido a un objetivo (por ejemplo,

realizarse un electrocardiograma o llevar a sus hijos al pediatra). Se diseñaron ejercicios de exposición ajustados a su problemática. Este trabajo dio paso a la planificación de actividades con sentido entre sesiones y en presencia de la ansiedad. Los ejercicios de exposición se iniciaron en esta fase y continuaron durante el resto de sesiones. Se utilizaron la metáfora de la persona en el hoyo, la metáfora de Paco el vagabundo y ejercicios como el de saltar, exposición a sensaciones corporales o el ejercicio de fisicalización para fortalecer la aceptación de sus sensaciones corporales.

La siguiente fase de la terapia llevó a plantear que el control es el problema. Se mostró a M cómo intentar controlar nuestras sensaciones físicas nos provoca aún más esas sensaciones. Para ilustrarle esta cuestión se utilizó la metáfora del polígrafo así como la tarea del pastel de chocolate.

La última fase de la intervención se dedicó al trabajo específico del compromiso con sus valores. Se utilizó aquí la metáfora del jardín, donde se compara la vida del paciente con un jardín que quiere cuidar, donde las áreas valiosas de su vida se corresponden con las flores que quiere cultivar, y las malas hierbas con la ansiedad.

Resultados

Desde las primeras sesiones M empezó a generar una mayor habilidad de introspección y de toma de conciencia sobre sus contenidos mentales: «me doy cuenta de cómo me quedo enganchado en las imágenes que pienso y eso hace que aumente mucho mi ansiedad», «el estar atento a mi mente me permite ver la for-

ma en que anticipo las situaciones y cómo eso me afecta». Describiendo una situación vivida entre sesiones: «observaba mi pensamiento cuando me daba cuenta de que me estaba poniendo nervioso, podía observar cómo me enganchaba en las imágenes», «cuando estaba en la sala de espera sentía mucha ansiedad, constantemente me decía: no quiero entrar" », «me di cuenta de cómo estaba buscando motivos para convencerme de que tenía que marcharme de allí, pero intenté centrarme en todas las situaciones que he conseguido afrontar sin que haya pasado nada catastrófico», «me doy cuenta de cómo me enjuicio diciéndome que esto debería tenerlo superado ya». También empezó a reflejar una mayor capacidad de defusión: «*mi mente* exagera las escenas y las pinta mucho peor de lo que son». Cuando describía los avances realizados entre sesiones, lo hacía adoptando una actitud de aceptación hacia el contenido temido y de compromiso con sus valores: «aunque me resultó desagradable entré en la consulta del pediatra, dejé estar a la ansiedad que sentía y me centré en lo importante que era para mí estar allí con mis hijos». Se comenzó a implicar en acciones relacionadas con el *estar dispuesto* que ni siquiera se habían enfocado en la terapia, como (pedirle espontáneamente a su mujer que le describiera una operación a la que se había sometido o acudir a un hospital a visitar a un amigo que había sido hospitalizado y observar detenidamente el entorno del hospital), señal de que el avance en aceptación se estaba empezando a generalizar a otras áreas de su vida.

En función de los objetivos planteados se puede considerar que la intervención fue efi-

caz. Al terminar el tratamiento M podía acudir a hospitales y centros de salud, podía presenciar conversaciones donde se tratasen temas de sangre o heridas. Era capaz de ver la televisión o de ir al cine y permanecer en la situación si aparecía algún contenido relacionado con la sangre. Acudió al dentista a realizarse las revisiones que le correspondían y las intervenciones que fueron necesarias.

Al margen de los objetivos prefijados, la intervención ha supuesto una mejora en otras áreas de la vida de M. Afirma sentir una mayor satisfacción y capacitación en su rol como padre, su satisfacción en el trabajo y en las reuniones sociales ha aumentado y ha ampliado el rango de actividades que realizaba con su pareja. En términos de la ACT, M ha aumentado las acciones dirigidas a valores en su vida.

Respecto a la evaluación psicométrica también se obtuvieron los resultados que pueden consultarse en la Tabla 2.

Se realizó un seguimiento al mes y otro a los tres meses. En ambos casos se mantenían los cambios y se había producido nuevas acciones dirigidas a los valores. Se había realizado una endodoncia, había llevado a sus hijos al médico y acompañado a su mujer a realizarse un TAC de manera urgente e imprevista.

Discusión

El objetivo de este artículo ha sido presentar un caso de hematófobia en el que se ha intervenido desde la ACT. Cabe señalar que, como ya se apuntó anteriormente, se ha entendido el problema, desde un punto de vista funcional, como un Trastorno de Evitación Experiencial.

La intervención llevada a cabo ha mostrado ser eficaz, tanto en la reducción de las conductas fóbicas, como en la recuperación de la vida del paciente. Este último es el objetivo más importante que persigue la ACT. Los resultados muestran una muy positiva evolución del paciente desde la toma de contacto hasta tres meses después de la finalización del tratamiento, mostrando una mejoría clínica en las medidas realizadas.

Aunque la intervención realizada ha conllevado una reducción de los niveles de ansiedad del paciente, este no era el foco per se de la intervención. Como ya se explicó anteriormente, a diferencia de los enfoques tradicionales, el objetivo en la ACT no es la reducción o eliminación del malestar, sino su reconceptualización, aprendiendo a estar con él. En este sentido, al final de la intervención nuestro paciente mostraba ante el malestar un mayor y más flexible repertorio en sus respuestas, lo que le permitía

Tabla 2
Resultados de la evaluación psicométrica

	STAI		IDER	
	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado
Preintervención	40	20	55	35
Postintervención	5	4	1	20
Seguimiento (1 mes)	4	4	20	20
Seguimiento (3 meses)	1	1	20	20

permanecer en cada situación en presencia de vivencias internas como la ansiedad, pudiendo elegir actuar de acuerdo a lo que es valioso para él (Hayes et al., 1999).

Para el modelo ACT la psicopatología se debe en gran parte a la fusión con pensamientos y sentimientos angustiantes y la consiguiente lucha por controlar o eliminar este tipo de experiencias (Hayes et al., 1999). En el caso general de las fobias y particular de nuestro paciente, lo que le provocaba el malestar era una fusión permanente y rígida con una respuesta de miedo intensa ante los estímulos relacionados con la sangre. Dado que esta reacción conlleva para él un gran malestar, la respuesta habitual que presentaba desde ese estado de fusión era intentar controlar o eliminar su ansiedad. Y puesto que esta difícil e inalcanzable tarea sólo consigue el efecto contrario, la única opción que habitualmente encontraba era el escape o la evitación de las situaciones ansiógenas, lo que terminaba limitando y gobernando su vida.

La ACT intenta hacernos conscientes de esas reglas socioverbales, predominantes en nuestro contexto occidental, que a menudo guían nuestra conducta, animándonos a intentar evitar y eliminar el malestar interno (Hayes et al., 2014). De esta manera, uno de los objetivos más importante que persigue este modelo, es generar una dialéctica entre la evitación experiencial y la aceptación psicológica, con lo que el aumento de la aceptación implica disminuir los intentos de controlar eventos privados no deseados.

Por estos motivos parecía que el modelo que ofrece la ACT resultaba muy apropiado para tratar el tipo de problema que tenía el pa-

ciente. Cuando una persona acude a consulta, normalmente ha agotado todos los intentos de solución que su mente es capaz de plantear. El objetivo fundamental ha sido hacer consciente al paciente de su funcionamiento ante el problema y de los intentos de solución que había tenido hasta el momento, los cuales no hacían más que cronificarlo. Se partió de la base de que cuando una persona repite una clase de respuestas cuyo resultado no es funcional, es porque en su repertorio de experiencias no existe otra forma de funcionamiento distinto. Por este motivo, una de las labores más importantes de nuestra profesión es ayudar al paciente a generar una mayor flexibilidad en su comportamiento, pudiendo elegir él mismo la clase de respuesta que desea ofrecer en cada situación, para que pueda liberarse de sus automatismos y reglas rígidas de funcionamiento. Se entiende por un funcionamiento sano aquel que permite a la persona actuar de acuerdo a lo que la situación demande en cada momento, donde la guía primordial del comportamiento sean los valores personales.

Es de destacar en este caso, el importante papel que ha tenido la motivación e implicación que ha mostrado el paciente durante todo el proceso de la terapia, lo cual favoreció el cambio y el éxito terapéutico. El invitar desde el principio al paciente a cambiar su estrategia de cambio, validando sus intentos frustrados de controlar el malestar y su lucha contra él, junto con un compromiso de apoyo y acompañamiento en el proceso de cambio, supuso un potente efecto motivador y un aumento de su apertura a realizar las exposiciones ante los estímulos ansiógenos.

Otra particularidad de la ACT que puede facilitar aún más la exposición es su énfasis en la clarificación de valores personales y el compromiso con los comportamientos dirigidos a esos valores identificados por el paciente. En definitiva, proponer una intervención donde el fin último se sitúe al servicio de los valores de la persona supone un fuerte apoyo a la motivación, a la adherencia al tratamiento y a la generalización del cambio, lo que supone fuertes ventajas sobre otros abordajes existentes.

Una cuestión que puede plantearse acerca del caso expuesto es si se podría haber conseguido un resultado final similar dedicando un menor número de sesiones. Hay que señalar aquí que algunas de las sesiones de la terapia no se dedicaron a tratar específicamente el problema de la fobia de M, concretamente en aquellas en las que el paciente llegaba a la sesión con algún asunto importante para él ocurrido esa semana y que necesitaba abordar en la terapia. En estos casos, se daba prioridad a la necesidad del paciente.

La principal limitación de este trabajo es que se trata de un caso único, por lo que no es posible generalizar los resultados obtenidos.

Otra limitación a destacar sería el escaso número de instrumentos de evaluación aplicados, lo que impide obtener resultados más detallados en relación con la mejora del paciente.

No obstante, y a pesar de dichas limitaciones, el caso expuesto presenta un abordaje psicoterapéutico diferente de lo que hasta el momento se ha realizado, en un paciente con uno de los problemas de ansiedad más frecuentes que nos podemos encontrar en la práctica clínica. Se puede afirmar por el éxito

del tratamiento que un abordaje desde la ACT puede ser una vía muy prometedora para el tratamiento de este tipo de problemas.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: Autor.
- Ayala, E. S., Meuret, A. E., & Ritz, T. (2009). Treatments for blood-injury-injection phobia: A critical review of current evidence. *Journal of psychiatric research, 43*, 1235-1242.
- Bados, A., & Coronas, M. (2007). Intervención en un caso de fobia a la sangre/inyecciones/heridas. En J. P. Espada, J. Olivares, & F. X. Méndez (Eds.), *Terapia psicológica: casos prácticos* (pp. 47-65). Madrid: Pirámide.
- Barraca, J. (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y Modificación de Conducta, 37*, 43-63.
- Block, J. A. (2002). *Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety*. Doctoral dissertation. University at Albany, State University of New York.
- Block, J. A., & Wulfert, E. (2000). Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *The Behavior Analyst Today, 1*-55.
- Borda, M. (2001). Hematofobia: sincronía en el triple sistema de respuestas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 6*, 179-196.
- Borda, M., Antequera, R., & Blanco, A. (1994). La exposición gradual en vivo y la tensión aplicada en el tratamiento de la fobia a la sangre. *Anales de Psiquiatría, 8*, 302-307.
- Borda, M., Antequera, R., & Blanco, A. (1996). Orientaciones terapéuticas en el tratamiento de la hematofobia. *Boletín de Psicología, 50*, 67-86.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme A., & Seisdedos, N. (2011). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA.

- Capafons, J. I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13, 447-452.
- Dahllof, O., & Öst, L.G. (1998). The diphasic reaction in blood phobic situations: Individually of stimulus boimd? *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 27, 97-104.
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and Commitment Therapy for Generalized Social Anxiety Disorder. A Pilot Study. *Behavior Modification*, 31, 543-568.
- De Jongh, A. (1999). Treatment of specific phobias with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Protocol, empirical status and conceptual issues. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 69-85.
- Eifert, G. H., & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 293-312.
- Espada, J. P., Méndez, X., & Orgilés, M. (2004). Tensión aplicada y exposición gradual en un caso de fobia a las inyecciones. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 425-438.
- González Trijueque, D. (2012). Exposición gradual y tensión aplicada en un caso de hematófobia. *Praxis. Revista de Psicología*, 22, 25-44.
- Hagopian, L. P., Crockett, J. L., & Keeney, K. M. (2001). Multicomponent treatment for blood-injury-injection phobia in a young man with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 141-149.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., Cooper, L., & Grundt, A. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49, 33-47.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds.) (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42, 3-14.
- Luciano, M.ª C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Marks, I. (1991). *Miedos, fobias y rituales: Los mecanismos de la ansiedad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Morón, R. (2005). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso a un caso de crisis de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31, 479-498.
- Nieto Centeno, B., & Mas Hesse, B. (2002). Tratamiento de «aplicación de tensión» en un caso de fobia a la sangre. *Acción Psicológica*, 2, 185-193.
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. W. (2006). A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 397-416.
- Öst, L. G., & Sterner, U. (1987). A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 25-29.
- Öst, L. G., & Sterner, U. (1987). Applied tension: A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 397-409.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Páez M., & Gutiérrez, O. (Coords.) (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid: Pirámide.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Ruiz, F. J., & Odriozola-González, P. (2017). Una comparación longitudinal de los modelos de los trastornos de ansiedad de la terapia metacognitiva y la terapia de aceptación y compromiso. *Anales de Psicología*, 33, 7-17.

- Spielberger, C. D., Agudelo, D., & Buela-Casal, G. (2008). *Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)*. Madrid: TEA.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (2008). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (7ª ed. rev.)*. Madrid: TEA.
- Törneke, N. (2015). *Aprendiendo TMR: una introducción a la Teoría del Marco Relacional y sus aplicaciones clínicas* (Trads. M. A. Barbero, & E. Moreno Fuentes). Jaén: MICPSY.
- Vázquez Rodríguez, M., y Buceta Fernández, J. M. (1990). Las características peculiares de la fobia a la sangre, las enfermedades y las lesiones físicas; y sus posibles implicaciones terapéuticas. *Psiquis: Revista De Psiquiatría, Psicología y Psicósomática*, 11, 42-47.
- Zettle, R. D. (2003). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) vs. Systematic Desensitization in treatment of mathematics anxiety. *The Psychological Record*, 53, 197-215.

Apéndice

Pasos de la técnica de tensión muscular (Borda et al., 1994)

1. Sentar al paciente en una silla o sillón.
2. Colocar con las manos abiertas sobre las piernas, cerrar el puño, tensar los músculos de los brazos (p. ej., imaginar que se tiene una moneda en la mano y no quiere que se caiga). Permanecer durante 10-15 segundos (hasta que sienta el aumento de calor en la cara).
3. Aflojar los brazos y relajar la tensión de los músculos (pero sin llegar a estar relajado sino volver al estado normal). Permanecer durante 15-20 segundos.
4. Tensar los músculos de las piernas, levantar unos centímetros los pies del suelo y apretar las rodillas entre sí (p. ej., imaginar que se tiene una moneda entre las dos rodillas y no quiere que se le caiga). Permanecer durante 10-15 segundos.
5. Aflojar las piernas y relajar la tensión de los músculos. Permanecer durante 15-20 segundos.
6. Tensar el cuerpo, intentar levantarse del asiento, elevando las nalgas sin presionar los pies contra el suelo ni apoyarse en los brazos. Permanecer durante 15-20 segundos.
7. Aflojar el cuerpo y relajar la tensión de los músculos. Permanecer durante 15-20 segundos.
8. Repetir el ejercicio pero esta vez tensando a la vez los músculos de los brazos, las piernas y el cuerpo. Permanecer durante 10-15 segundos.
9. Aflojar todo el cuerpo y relajar la tensión de todos los músculos del cuerpo.